

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1959

N°

THÈSE

368

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'État)

PAR

Gilbert, Jacques, François GRANGE

Externe des Hôpitaux de Paris

né le 12 Septembre 1932 à Issy-les-Moulineaux (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 11 Mai 1959

**Etude statistique comparée
de l'activité obstétricale
de la Clinique Tarnier
pendant les Années 1946 et 1958**

Président : Monsieur LACOMME (Professeur)

ÉDITIONS LÉPINE

39, Rue d'Amsterdam

PARIS

1959

**Etude statistique comparée
de l'activité obstétricale
de la Clinique Tarnier
pendant les Années 1946 et 1958**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548805_0021

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1959

N°

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'État)

PAR

Gilbert, Jacques, François GRANGE

Externe des Hôpitaux de Paris

né le 12 Septembre 1932 à Issy-les-Moulineaux (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 11 Mai 1959

Etude statistique comparée
de l'activité obstétricale
de la Clinique Tarnier
pendant les Années 1946 et 1958

Président : Monsieur LACOMME (Professeur)

ÉDITIONS LÉPINE

39, Rue d'Amsterdam
PARIS

220/16

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Bénard, Brocq, Cadenat, Chabrol, Champy, Chevallier, Debré, Delbet, Donzelot, Gastinel, Holphen, Harvier, Hazard, Heuyer, Laroche (G.), Laubry, Lemaître, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Monod, Mulon, Olivier (E.), Ombredanne, Strohl, Tanon, Velter.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie		CORDIER
Anatomie Pathologique		DELARUE
Bactériologie		FASQUELLE
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports		CHAILLEY-BERT
Biologie médicale		FAUVERT
Cancérologie médicale et sociale		BERNARD (J.)
Carcinologie		REDON
Chimie médicale		JAYLE
	Hôtel-Dieu	MENEGAUX
Cliniques chirurgicales	Beaujon	SICARD
	Salpêtrière	MOULONGUET
	Cochin	QUENU
Clinique chirurgicale cardio-vasculaire		de GAUDART d'ALLAINES
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique		MERLE d'AUBIGNÉ
Clinique de cardiologie		MOUQUIN
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie		FÈVRE
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MATHEY
Clinique de la tuberculose		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS
Clinique de puériculture		LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS
Clinique des maladies du sang		MARCHAL
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enfants		CATHALA
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO
	Hôtel-Dieu	BARIETY
Cliniques médicales	Bichat	J. BESANÇON
	Cochin	MOREAU
	Broussais	DE GENNES
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		DEBRAY
Clinique médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY-RADOT
	Tarnier	LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	Port-Royal	LACOMME
	Baudelocque	VARANGOT
Clinique ophtalmologique		RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires		HAMBURGER
(Chaire à titre personnel)		
Clinique psychiatrique infantile		MICHAUX
Clinique rhumatologique		COSTE
Clinique stomatologique		DECHAUME
Clinique thérapeutique chirurgicale		SÉNÈQUE
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE
Clinique urologique		FEY
Embryologie		GIROUD
Génétique		LAMY
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		SOULIÉ
Histologie		VERNE
Hygiène et clinique de la première enfance		TURPIN
Hygiène et médecine préventive		JOANNON
Médecine du Travail		DESOLLE
Médecine légale		PIÉDELIEVRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		GALLIARD
Pathologie chirurgicale		COUVELAIRE



Pathologie exotique	MM.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER
Pathologie humorale et immunologie expérimentale	LENÈGRE
Pathologie médicale	MERKLEN
Pathologie et thérapeutique générales	DECOURT
Pédiatrie sociale	GARCIN
Pharmacologie et matière médicale	MARIE J.
Physiologie	CHEYMOL
Physique médicale	BINET
Radiologie médicale	DOGNON
Technique chirurgicale	DESGREZ
Thérapeutique	PATÉL
	BROUET

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL	Pathologie chirurgicale	CAUCHOIX
	DEBEYRE		DUBOST
	DELMAS, Pr. s. ch.		FAUREL
	OLIVIER		FLABEAU
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS		GERMAIN
	(Mlle P.), Pr. s. ch.		GOSSET
	BUSSER		LAURENCE
	GOUYGOU		LORTAT-JACOB
Bactériologie	CHRISTOL		OLIVIER (Cl.)
	NEVOT		POILLEUX
	DESGREZ		THOMERET
Biochimie médicale	POLONOVSKI	Pathologie expérimentale	VERNE (J.M.)
	SCHAPIRA		LOEPER J.
	ETTORI		MAURICE
	BOURLIÈRE		BOUVIER
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT		BOUDIN
Embryologie	TUCHMANN		BRICAIRE
Histologie	COUJARD, Pr. s. ch.		BRISAUD
Hydrologie	CORNET		CASTAIGNE
Hygiène	BOYER, Pr. s. ch.		CONTE
	DEPARIS, Pr. s. ch.		DEROT
Maladies infectieuses	BASTIN	Pathologie médicale	DOMART
	DEROBERT, Pr. s. ch.		LAMOTTE
Médecine légale et du Travail	GAULTIER		LAROCHE
	HADENGUE		MACREZ
	ALBAHARY		MILLIEZ
Neurochirurgie	DAVID		PEQUIGNOT
Neurologie	LHERMITTE		PERRAULT
	GRASSET		RAMBERT
	LE LORIER		ROYER
	LEPAGE		THIEFFRY
Obstétrique	MERGER	Pédiatrie	TURIAF
	MORIN		WOLFROMM
	RAVINA		JOSEPH
	ROBEY	Pharmacologie —	POLONOVSKI (Cl.)
	BREGEAT		MOZZICONACCI
Ophtalmologie	DESIGNES		LEVY (Mlle), Pr. s. ch.
Orthopédie	JUDET		BARGETON, Pr. s. ch.
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY	Physiologie	DEJOURS
	MADURO		PARROT, Pr. s. ch.
Parasitologie	BRUMPT, Pr. s. ch.	Physique médicale	DJOURNO, Pr. s. ch.
Parasitologie coloniale	CHABAUD		GOUGEROT
Pathologie chirurgicale	ABOULKER	Pneumo-phthisiologie	KREIS
	BARCAT	Psychiatrie	BARUK
	BAUMANN		PICHOT
		Rhumatologie	DELBARRE
		Stomatologie	CERNEA
			CHAPUT (Mme)
		Thérapeutique	CHASSAGNE
		Urologie	KUSS

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

(pour le service des examens)

LE LORIER V. (Obstétrique)

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

(à titre permanent)

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale .	{ AMELINE	Clinique obstétricale .	{ ECALLE
	HUGUIER		MAYER
	LÉGER	Clinique ophtalmologi- que	{ OFFRET
	PADOVANI ROUX		
Clinique médicale ...	{ DREYFUS		
	HAGUENAU		
	KOURILSKY		

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en chef	M. le Docteur HAHN
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	{ Milles DUMAITRE, LE NOÏR, METIN, QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LACOMME

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris

*qui m'a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HERVET

*En témoignage de profonde reconnaissance pour la
confiance qu'il m'a faite en m'acceptant dans
son service et en me confiant ce travail.*

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LIAN
MONSIEUR LE PROFESSEUR FÈVRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DÉROT
MONSIEUR LE PROFESSEUR DE GENNES
MONSIEUR LE DOCTEUR R. AUROUSSEAU
MONSIEUR LE DOCTEUR SUZOR
MONSIEUR LE DOCTEUR DESNOYERS
MONSIEUR LE DOCTEUR FOUQUET
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HERVET

INTRODUCTION

L'étude statistique comparative de l'activité obstétricale de la Clinique TARNIER au cours des années 1946 et 1958 fera l'objet de cette thèse.

Dans une première partie, nous établirons les données statistiques relatives à l'année 1958. Le travail est régulièrement effectué chaque année à la Clinique TARNIER, depuis douze ans. Il nous a semblé logique d'adopter le même plan de travail que nos prédécesseurs dans l'établissement de ces données, purement statistiques.

Dans une seconde partie, nous comparerons les chiffres établis au cours de la première partie, avec leurs homologues de 1946. Ces derniers nous seront fournis par la thèse de Bernard LEROY, Paris 1948, première thèse relative à l'activité obstétricale de la Clinique TARNIER.

Nous n'avons nullement la prétention, dans un travail aussi modeste, portant sur le milieu très restreint d'un seul service parisien, de juger de l'évolution de l'obstétricie au cours des douze dernières années.

Simplement voudrions-nous montrer quelle fut cette évolution à la Clinique TARNIER, sous les directions de M. le Professeur LANTUEJOL, puis de M. le Professeur Agrégé HERVET, c'est-à-dire de montrer une forme possible d'évolution. Nous chercherons aussi à exposer le plus clairement possible les résultats obtenus en fonction des modifications d'attitude que nous pourrions constater.

Et surtout, nous voudrions que nos statistiques puissent servir de source à un travail plus scientifique, portant sur un milieu plus étendu et une population plus nombreuse.

Enfin, nous nous excusons des nombreuses répétitions que l'on rencontrera tout au long de ce travail. Nous nous sommes efforcé d'être clair — mais le don de la clarté n'est pas donné à chacun — et complet ; mais il est toujours quelque chose à dire. Ainsi, on trouvera le même problème regardé sous différents angles au cours des chapitres divers. Nous avons parfaitement conscience d'être ennuyeux et d'annonner. Nous espérons seulement que nos références

seront faciles à retrouver et qu'aucun problème majeur n'aura été négligé.

Nous résumerons brièvement :

Pour aider à l'intelligence de cet exposé.

I. — L'ORGANISATION GÉNÉRALE DU SERVICE

Comme la plupart de ses homologues des Hôpitaux de Paris, le service de Maternité de la Clinique TARNIER comporte :

A — Une partie de consultations.

I. Consultations de femmes enceintes.

II. Centre de Consultations de la Sécurité Sociale, où les femmes enceintes qui ont choisi la Clinique TARNIER pour centre sont tenues de se présenter aux troisième, sixième et huitième mois de gestation, ainsi que six semaines après l'accouchement.

III. Consultation de nourrissons, ouverte aussi bien aux enfants nés ou élevés dans le service qu'à ceux venant de l'extérieur.

IV. Dispensaire anti-syphilitique.

V. Consultation de Gynécologie.

B — Une partie « Hospitalisation » comportant :

I. *Le Dortoir*, où sont admises :

- des malades présentant un état de grossesse pathologique ;
- des gestantes en imminence de travail ;
- des gestantes dont le cas social ou un contexte psychique particulier oblige à l'hospitalisation.

II. *Le service de SUITES DE COUCHES*, où sont hospitalisées les accouchées, sauf celles présentant des suites de couches pathologiques, en particulier dans le domaine infectieux.

III. *Le service de GYNÉCOLOGIE*, où sont hospitalisées :

- des malades en traitement médical,
- des malades en instance d'opération,
- des opérées,
- des malades ayant eu un accouchement particulièrement difficile ou ayant nécessité des interventions importantes.

IV. *La SALLE DE TRAVAIL* et son annexe la *SALLE D'OPÉRATIONS*, constituant un bloc.

C — **Le service d'isolement** mérite d'être classé à part, car, à lui seul, il comporte :

I. Une *consultation de gynécologie* distincte de celle que nous avons citée au titre « consultations ».

II. *Un service d'hospitalisation*, où sont admises :

- des malades, enceintes ou non, accouchées ou non, présentant des phénomènes infectieux ;
- des malades pour lesquelles le calme et le silence présentent les caractères d'une thérapeutique.

En effet, l'hospitalisation est ici réalisée en chambres comportant un maximum de quatre lits.

III. *Une salle d'opérations* servant éventuellement de salle de travail.

D — **Le Centre de Prématués :**

de création assez récente : 1952.

N'existait donc pas au moment où B. LEROY exécutait le travail auquel nous nous référons dans notre deuxième partie.

Son fonctionnement, son activité au cours de l'année 1958, les résultats qui y furent obtenus feront l'objet d'un appendice à notre première partie.

II. — LE SOMMAIRE DE CET EXPOSÉ

Nous ne donnons ici qu'un plan. Une table des matières, en fin d'exposé, permettra une recherche facile des différents cas envisagés.

Outre la présente INTRODUCTION :

PREMIERE PARTIE :

Généralités, activité globale.

Chapitre préliminaire. — Les consultations.

Chapitre I^{er}. — Les avortements.

Chapitre II. — Les présentations.

Chapitre III. — Les jémellaires.

Chapitre IV. — Les complications de la gestation.

Chapitre V. — Les complications de l'accouchement.

Chapitre VI. — Les complications de la délivrance.

Chapitre VII. — Les interventions.

Chapitre VIII. — Les opérations césariennes.

Chapitre IX. — Les suites de couches, leurs complications.

Chapitre X. — Le nouveau-né.

Chapitre XI. — La mortalité maternelle.

Appendice :

Ce plan pourra paraître inadapté ou illogique. Nous pensons que, quel qu'il eût été choisi, il eût paru tel à l'un ou à l'autre.

Comme ce plan est celui adopté par nos prédécesseurs et, avant eux, par les auteurs des travaux statistiques de la Clinique Baudelocque, il nous a paru commode et même logique de n'en point changer.

DEUXIEME PARTIE :

Généralités.

Chapitre I^{er}. — Les complications de la grossesse.

Chapitre II. — Les complications de l'accouchement.

Chapitre III. — Les interventions de voie basse.

Chapitre IV. — Les opérations césariennes.

Chapitre V. — Les résultats maternels et fœtaux.

CONCLUSIONS.

PREMIERE PARTIE

ÉTUDE STATISTIQUE DE L'ACTIVITÉ OBSTÉTRICALE DE LA CLINIQUE TARNIER, AU COURS DE L'ANNÉE 1958

GÉNÉRALITÉS

Au cours de l'année 1958,

1763 femmes ont été hospitalisées en état de grossesse, dont

137 pour avortement,

1.626 pour accouchement.

— Sur ces 1.626 accouchements, on note :

1. Si l'on se réfère à la *date des dernières règles avant l'accouchement* :

— 1.350 accouchements au terme de 9 mois, soit 83 %,

— 276 accouchements avant le terme, soit 17 %.

se décomposant en :

— 136 au cours du 9^e mois de gestation,

— 109 au cours du 8^e mois de gestation,

— 43 au cours du 7^e mois de gestation.

2. Si l'on se réfère *aux poids des enfants expulsés* :

— 1.454 accouchements d'enfants pesant plus de 2.500 g,
soit 89,7 % ;

— 172 accouchements d'enfants pesant moins de 2.500 g,
soit 10,5 %.

Ces chiffres diffèrent largement, soit que l'on considère comme prématuré tout enfant né moins de 280 jours après les dernières règles avant l'accouchement, ou que l'on prenne comme critère de prématurition un poids inférieur à 2.500g.

C'est ce dernier critère que nous adopterons, car, quoique imparfait, il présente quelques avantages :

- il est le plus couramment employé, et notamment retenu par l'Office Mondial de la Santé ;
- s'il n'échappe pas à l'erreur, il échappe du moins à la falsification.

De même, on a observé :

- A) 1.602 grossesses uniques, soit 98,53 % ;
24 grossesses gemellaires, soit 1,47 %.
- B) Sur 1.650 enfants nés à la Clinique en 1958,
1.608 étaient vivants à la naissance, ou ont survécu plus de 2 h, soit 97,5 % ;
42 étaient mort-nés ou ont survécu moins de 2 h, soit 2,5 %.

Les présentations observées se répartissent en :

présentations du sommet : 1.568, soit 94,38 %	}	1.586 présentations céphaliques, soit 94,85 %
» du front : 2, soit 0,12 %		
» de la face : 6, soit 0,35 %		
présentations du siège complet : 23, soit 1,65 %	}	67 présentations pelviennes, soit 4,80 %
» du siège décomplété : 44, soit 3,15 %		
6		0,35 %
présentations transversales	—, soit —	
1.650		100 %

CHAPITRE PRÉLIMINAIRE

LES CONSULTATIONS

Bien que ceci s'éloigne quelque peu de notre propos, il nous a paru intéressant de donner, en un chapitre préliminaire, un aperçu de l'activité de la consultation.

I. — LES CONSULTATIONS DE FEMMES ENCEINTES

Nous groupons sous ce titre :

— la consultation de *femmes enceintes proprement dite*, de qui relèvent :

1. toutes les femmes se jugeant susceptibles de gravidité et n'ayant encore jamais consulté ;
2. les femmes en état de grossesse avérée, qui désirent être suivies durant leur gestation, notamment pour satisfaire aux obligations imposées par la Caisse d'Allocations Familiales et qui ne relèvent pas de la Sécurité Sociale ;
3. Les Assurées Sociales dont l'état pathologique justifie des consultations supplémentaires en dehors de celles pratiquées au *Centre Prénatal de la Sécurité Sociale*, où sont tenues de se présenter toutes les assurées sociales qui ont choisi « TARNIER » pour Centre, aux 5^e, 6^e, 8^e mois de gestation.

Quels que soient les statuts sociaux, nous avons groupé ces consultations selon le terme auquel elles ont été pratiquées, dans le tableau ci-après :

MOIS	1 ^{re} CONSUL- TATION OU DE CONSTA- TATION	3 ^e MOIS	6 ^e MOIS	8 ^e MOIS	CONSULTA- TIONS SUPPLÉ- MENTAIRES
Janvier	120	67	32	43	
Février	88	75	43	23	
Mars	113	53	46	38	
Avril	104	77	33	30	
Mai	84	49	15	34	
Juin	105	58	34	31	
Juillet	99	53	42	30	
Août	83	48	27	30	
Septembre	109	67	41	42	
Octobre	95	48	36	26	
Novembre	73	46	25	36	
Décembre	96	49	34	40	
TOTAL	1.167	690	407	403	167

Ces chiffres appellent quelques commentaires :

1° L'activité de la consultation n'est absolument pas le reflet de celle du service.

Ainsi, pour 405 femmes enceintes examinées au huitième mois de gestation en 1958, il fut pratiqué 1.626 accouchements.

Donc, nombre de femmes accouchées dans le service (76 %) se font suivre ailleurs pendant leur grossesse (ou, hélas ! pas du tout).

2° Il fut pratiqué 1 167 constatations de grossesse.

Or, au troisième mois de grossesse, nous n'avons plus que 690 consultantes.

De ces 690 consultantes, il ne reste que 407 femmes enceintes venant se faire examiner au sixième mois. Certes, nombre de femmes ont pu abandonner la consultation du Service au profit d'un autre Centre.

Toutefois, et bien que cela ne mérite pas d'être dit dans un travail statistique, nous avons l'impression que les « Angéliques Cohortes » subissent un considérable accroissement dans l'intervalle séparant la constatation de grossesse de la deuxième consultation prénatale.

II. — LES CONSULTATIONS POST-NATALES

Pratiquées six semaines après l'accouchement : 496 en 1958. Ce chiffre est en accord avec nos constatations ci-dessus : nombre de femmes accouchées dans le Service se font suivre ailleurs, ou, encore une fois, pas du tout — pendant et après leur gestation.

III. — LES CONSULTATIONS DE GYNÉCOLOGIE

851 malades suivies, correspondant à 1.849 consultations.

IV. — LA CONSULTATION DE NOURRISSONS

370 nourrissons suivis, correspondant à 2.414 consultations. Là encore, beaucoup de nourrissons nés dans le Service sont suivis ailleurs et, sans doute plus fréquemment que pour leurs mères, bien souvent nullement suivis.

CHAPITRE I^{er}

LES AVORTEMENTS

Durant l'année 1958, il en a été observé 137 cas. Tout rapprochement avec le nombre d'accouchements observés pendant la même période serait vain. En effet, étant donné la situation géographique de la Clinique TARNIER, les malades suspectes sont plus volontiers dirigées vers des services de Chirurgie. C'est ce qui explique le faible nombre relatif de nos observations.

D'autre part, nous avons exclu de ce chapitre les 7 cas de grossesse extra-utérine observés en 1958. En effet, bien qu'elles constituent en général des interruptions de la gestation avant le terme légal auquel l'expulsion d'un fœtus devient un accouchement, les grossesses extra-utérines ne sont habituellement pas classées parmi les avortements. Nous avons suivi cet usage en les rejetant parmi les complications de la gestation, chapitre IV.

Sur les 137 cas d'avortements observés, on peut distinguer :

48 avortements effectués au dehors, et secondairement traités à la Clinique ;

89 avortements effectués dans le service, dont 86 malgré la thérapeutique.

Nous les classerons ensemble en :

I — Avortements avant le terme de 3 mois :

78 observations, soit 57,6 % des avortements, dont :

- 15 évoluant spontanément sans intervention, soit 19 % ;
- 8 nécessitant un curage digital, soit 10,2 % ;
- 52 justiciables d'un curetage instrumental, soit 70,8 %.

Nous rapportons, en outre, trois résumés d'observations.

OBS. N° 93 *bis*. — Grande multipare atteinte d'anémie grave, la gestation en cours alors au terme de 5 mois ayant considérablement fait empirer l'état de la malade.

Après échec d'un traitement médical, on décide l'avortement thérapeutique par hystérotomie.

OBS. N° 508 *ter*. — Multipare enceinte de deux mois, atteinte de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse, récidives après guérison apparente, lors de la précédente grossesse. Aggravation de l'état au début de la grossesse qui nous intéresse. On décide l'avortement thérapeutique par hystérotomie.

OBS. N° 545². — III^e pare, qui, après manœuvres endo-utérines, sur utérus gravide de 2 mois, entre dans le service en état de parturité confirmée. Une laparotomie exploratrice montrant l'état d'infection du petit bassin convainc de la nécessité d'une hystérectomie totale avec annexectomie.

II — Avortements après le terme de 3 mois :

59 observations, soit 42,4 % des avortements, dont :

- 21 évoluant spontanément, sans intervention, soit 37,1 % ;
- 29 justiciables d'un curage digital, soit 49,3 % ;
- 8 justiciables d'un curetage instrumental, soit 13,6 %.

Nous rapportons le résumé d'une observation :

OBS. N° 453². — Hémorragies importantes et répétées chez une IV^e pare enceinte de 4 mois et demi. Col fermé. Devant l'état d'anémie, important et progressif, on se résout à l'avortement thérapeutique pratiqué par hystérotomie ; on découvre qu'il s'agissait d'un placenta bas inséré.

III — Complications des avortements.

Des 137 observations retenues, il ressort que l'on observe :

- 73 rétentions placentaires ayant donné lieu à :
 - 12 hémorragies importantes ayant nécessité une transfusion ;
 - des phénomènes infectieux, dont le nombre ne saurait être précisé en raison de l'incertitude : faut-il rapporter l'infection aux manœuvres abortives ou à la rétention placentaire ?
- 61 observations de phénomènes infectieux bénins : résolus sous antibiotiques.
- 1 seule complication grave :

Obs. N° 453² déjà citée. Pelvipéritonite conduisant à l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale.
- *Aucun décès constaté.*

Ceci ne doit pas laisser évidemment préjuger de complications à lointaine échéance que pourront entraîner ces avortements.

IV — L'étiologie de ces avortements.

Est le plus souvent obscure et échappe vite à toute considération statistique. En effet :

- De tous les avortements avant le *terme de 3 mois* (78) :

- 2 avortements thérapeutiques pour :
 - anémie grave,
 - tuberculose ;
- 1 seule cause d'avortement spontané : œuf clair ;
observation N° 16 ;
- 33 cas de manœuvres reconnues ;
- 42 cas plus ou moins douteux, pour lesquels on ne trouve pas de cause apparente, tandis que la malade affirme n'avoir pratiqué aucune manœuvre.
- Parmi les avortements *après le terme de 3 mois* (59), nous avons noté :
 - Obs. N° 309² : Infantilisme utérin, expulsion à 5 mois.
 - Obs. N° 1069² : Môle hydatiforme, expulsion à 5 mois 1/4.
 - Obs. N° 1588² : Fibrome utérin, expulsion à 4 mois 1/2.
 - Obs. N° 1546² : Béance isthmique constatée par la suite.
Expulsion au terme de 5 mois 1/2.
 - et 1 avortement thérapeutique pour placenta bas inséré rapporté plus haut, obs. N° 453².
- 11 cas de manœuvres abortives reconnues et 43 cas incertains.

Il est de fait que, *de toutes façons*, il est difficile d'apprécier la cause d'un avortement spontané du fait que, la plupart du temps,

- les malades viennent se faire hospitaliser en état d'avortement imminent, en cours, ou effectif ;
- que, bien souvent, elles se refusent à revenir consulter.

En résumé, pour 137 *avortements* :

- 53 cas d'étiologie retrouvée :
 - 3 avortements thérapeutiques,
 - 5 avortements spontanés de cause connue,
 - 44 cas d'avortements provoqués où les manœuvres ne sont pas douteuses ;
- 84 cas d'étiologie incertaine :
Les avortements provoqués y tiennent une part qu'il est impossible de préciser.

CHAPITRE II

LES PRÉSENTATIONS

Dans ce chapitre, nous étudierons successivement, pour chaque présentation :

- 1° le mode de terminaison de l'accouchement et, éventuellement, les interventions ;
- 2° les résultats : mortalité fœtale ;
- 3° éventuellement, l'étiologie des présentations anormales.

I — Les présentations du sommet :

1.568 observations, soit 94,52 % du total des naissances.

1° Pour ces 1.568 accouchements, on note :

- | | |
|---|---------------|
| a) 1.355 accouchements <i>spontanés</i> , | soit 86,4 % ; |
| b) 152 accouchements par <i>forceps</i> , | soit 9,7 % ; |
| 1.507 accouchements par <i>voie basse</i> , | soit 96,1 %. |

Si l'on considère ces 1.507 accouchements, on note que le dégagement s'est effectué :

- | | |
|------------------------------------|---------------|
| — 1.491 fois en occipito pubienne, | soit 98,9 % ; |
| — 16 fois en occipito sacré, | soit 1,1 %. |

8 cas, soit 50 %, nécessitant une application de forceps : obs. N^{os} 154, 241, 804, 911, 1243, 1301, 1438, 1605.

c) 61 opérations césariennes, soit 3,9 %.

2° Parmi les 1.568 enfants nés en *présentation du sommet*, 26 étaient mort-nés, soit 1,6 %.

Ces 26 sont nés se répartissant en :

- | |
|---|
| — 18 morts avant tout début de travail ; |
| — 8 morts au cours du travail ou de l'expulsion : |
| Obs. N ^{os} 432, 700, 804, 1129, 579, 114, 1183, 1242. |

II — Les présentations du front :

2 observations, soit 0,12 % du total des naissances.

OBS. N^o 160. — Présentation en position indifférente, dité « du Bregma », chez une primipare, tête haute et mobile, membranes rompues spontanément à dilatation de 2 F.

Evolue lentement jusqu'à une dilatation de 5 F. La tête est alors fixée, mais correspond à une présentation classique du front. On décide, sans plus attendre, l'opération césarienne.

OBS. N° 745. — Présentation « du Bregma » chez une primipare de 21 ans, diagnostiquée lors de la rupture spontanée de la poche des eaux à une dilatation de 5 F.

La présentation appliquant mal, les contractions utérines étant irrégulières et inefficaces, on prescrit une perfusion de post-hypophyse. Après 1 U. de perfusion, la tête s'est défectée et demeure en position de front. On décide alors l'opération césarienne.

1° Dans les deux cas, l'accouchement par voie basse a été jugé impossible *a priori*, sans qu'aucune manœuvre manuelle ou instrumentale ait été tentée dans ce but.

Dès que l'on eut la certitude que la tête se stabilisait en position de front, on intervint.

2° On n'a à déplorer aucune mortalité fœtale.

3° L'étiologie de la présentation n'a pas été retrouvée.

Notons toutefois que, dans les deux cas,

— il s'agissait d'accouchements de primipares,

— il s'agissait de grossesses uniques.

III — Les présentations de la face :

6 observations, soit 0,35 % du total des naissances.

Obs. N°s 200, 316, 1092, 1262, 1321, 1536.

1° Parmi ces 6 accouchements, on note :

— 5 accouchements naturels, soit 83,4 % ;

— 1 opération césarienne, soit 16,6 %.

OBS. N° 1262. — Primipare de 25 ans, bassin légèrement aplati (pas de données numériques).

On décide l'épreuve du travail.

Après 2 heures de perfusions de post-hypophyse, avec contractions toutes les 4 minutes, on note le non engagement de la présentation, avec formation d'une bosse séro-sanguine.

On décide alors l'opération césarienne : extraction d'un enfant vivant.

2° Parmi les 6 enfants nés en *présentation de la face*, on note 1 enfant mort-né, soit 16,6 %.

Mais ce décès n'est nullement imputable à la présentation (et nous envisagerons même plus loin le lien de causalité inverse).

OBS. N° 316. — III^e pare au terme de 8 mois.

Expulsion spontanée d'un enfant mort et *macéré*, pesant 1.580 g.

L'origine de la mort in-utéro n'a pu être décelée.

3° *L'étiologie de la présentation.*

Notons qu'il s'est agi :

— 3 fois de primipares : Obs. N°s 200, 1262, 1321 ;

— et 3 fois de multipares : Obs. N°s 316, 1092, 1536.

Parmi les *anomalies* constatées, notons, sans pour cela établir un lien formel de causalité :

Obs. N° 200 : utérus fibromateux ;

Obs. N° 316 : mort-né macéré ;

Obs. N° 1262 : bassin légèrement aplati.

Dans 3 cas, on ne trouve rien que de très normal apparemment, dans la morphologie tant fœtale que maternelle.

IV — Les présentations transversales :

6 observations, soit 0,35 % du nombre total des naissances :

OBS. N° 6. — Primipare enceinte de 6 mois 1/2, admise présentant un syndrome « épaule négligée » avec procidence d'un bras, enfant mort.

On est devant une indication d'embryotomie rapidement pratiquée. La révision utérine montre une cloison médiane. Enfant pesant 1.670 g.

OBS. N° 297. — Présentation de l'épaule chez une VII^e pare. La dilatation restant stationnaire à petite paume, on décide l'opération césarienne.

OBS. N° 312. — III^e pare de 27 ans. Manifestations de souffrance fœtale à dilatation de 5 F. Col rigide, on pratique une opération césarienne.

OBS. N° 568. — III^e pare de 30 ans au terme de 6 mois 3/4. Association d'un placenta bas inséré, marginal, et d'une présentation transversale.

Dès l'entrée en travail, l'importance de l'hémorragie, malgré une rupture artificielle prématurée de la poche des eaux, contraint à pratiquer une opération césarienne.

Extraction d'un enfant mort-né pesant 1.210 g.

OBS. N° 1042. — III^e pare présentant une grossesse gemellaire. Accouchement naturel du premier jumeau en siège décomplété. Deuxième jumeau dès la rupture artificielle de la poche des eaux,

procidence d'un bras. On pratique sans tarder une version suivie de grande extraction de siège.

Extraction d'un enfant vivant, pesant 2.980 g.

OBS. N° 1364. — IV^e pare au terme de 8 mois.

Présentation transverse.

Dilatation progressant facilement jusqu'à grande paume. Col très souple ; on décide la version podalique, suivie de grande extraction de siège.

Extraction facile d'un enfant vivant, pesant 2.480 g.

1° *Sur ces 6 présentations :*

- 2 extractions par voie basse, par version podalique, suivie de grande extraction de siège ;
- 1 embryotomie ;
- 3 césariennes, dont une (obs. N° 568) posée uniquement pour sauvegarder la vie maternelle, pour hémorragie de placenta prævia.

2° *Des 6 enfants considérés :*

2 étaient des mort-nés, mais il est à considérer :

- que l'un, obs. N° 6, était un prématuré de 1.670 g ;
- que le second, obs. N° 568, outre sa grande prématurité (1.210 g), avait souffert du placenta très bas inséré associé.

La mortalité fœtale s'établit néanmoins à 33 %.

3° *L'étiologie de la présentation.*

Parmi les anomalies constatées, notons :

- 2 cas de prématurition simple : obs. N°s 6 et 1364 ;
- 1 cas de prématurition + placenta prævia, obs. N° 568 ;
- 1 cas de gemelliparté, obs. N° 297.

Notons enfin que, sur les 6 accouchements considérés, il s'agissait :

- 1 fois d'un accouchement de primipare,
- 5 fois d'un accouchement de multipares.

V — Les présentations du siège :

67 observations, soit 4,80 % du total des naissances, se répartissant en :

- 23 sièges complets, soit 1,65 % des naissances : 35 % de sièges ;
- 44 siège décomplétés, soit 3,15 % des naissances : 65 % de sièges.

A. — LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE COMPLET

1° Des 25 accouchements considérés :

- Dans 16 cas, l'accouchement fut spontané, avec ou sans manœuvre de Mauriceau-Pinard terminale.
- Dans 1 cas, l'accouchement fut spontané jusqu'au cou, mais il fallut faire une application de forceps Tarnier sur tête dernière.
- Dans 3 cas, on fut amené à pratiquer une grande extraction de siège. Obs. N^{os} 123, 530, 1470.

Dans le cas de la dernière observation citée, on dut en outre pratiquer une application de forceps Suzor sur tête dernière.

- Dans 2 cas, enfin, on fut amené à l'opération césarienne.

2° La mortalité fœtale est de 6 cas, soit 25 %. Notons toutefois :

- 1 cas d'anasarque fœtal, par incompatibilité de groupes sanguins, obs. N^o 428.
- 5 cas de prématurition, obs. N^{os} 123, 428, 530, 947, 1405.

Par ailleurs, des 3 enfants ayant subi une grande extraction, deux sont mort-nés : Obs. N^{os} 123, 530.

3° L'étiologie de la présentation.

Notons que ces cas se répartissent équitablement entre :

- 11 primipares,
- 12 multipares.

Parmi les anomalies relevées :

- 7 prématuritions : Obs. N^{os} 84, 123, 428, 530, 947, 1113, 1368 ;
- 2 notions d'accouchements antérieurs par le siège avec utérus nettement cylindrique ;
- 1 cas d'anasarque fœto-placentaire (obs. N^o 428).

B. — LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE DÉCOMPLÈTE

1° Les modalités de l'accouchement :

- 37 accouchements naturels avec ou sans manœuvre de Mauriceau-Pinard terminale ;
- 1 accouchement spontané jusqu'aux épaules, le relèvement d'un bras obligeant à intervenir : Obs. N^o 1214 ;
- 2 observations, N^{os} 803, 610, où la lenteur de l'expulsion conduisit à pratiquer une grande extraction de siège après manœuvre de Mantel-Pinard ;
- Dans 4 cas, on fut conduit à l'opération césarienne :

OBS. N° 732. — Primipare à terme : H.U. 35 cm. Albuminurique et hypertendue depuis un mois. Césarienne systématique avant tout début de travail.

OBS. 1107. — Primipare de 40 ans, tuberculose pulmonaire. Césarienne systématique.

OBS. N° 1311. — Primipare 26 ans, bassin jugé limité (B.G.R.). Epreuve de travail de 2 heures restée négative (sous perfusion). On décide d'intervenir.

OBS. N° 1538. — Césarienne en début de travail chez une II^e pare pour souffrance fœtale.

2° *La mortalité fœtale* : 6 cas, soit 13,2 %.

Notons toutefois :

- Deux cas d'hématome rétro-placentaire, obs. N°s 577, 610 ;
- 1 cas de syndrome albuminurie-hypertension, obs. N° 1335 ;
- Trois cas de prématurition, obs. N° 485 (2040 g), N° 551 (1.710 g), N° 908^a (1.450 g).

3° *L'étiologie de la présentation.*

On relève ici deux fois plus de cas survenus chez des primipares (30) que chez des multipares (14).

Parmi les anomalies observées :

- 8 cas de gemelliparité, la présentation pelvienne étant le fait :
 - 3 fois du 1^{er} jumeau,
 - 4 fois du 2^e jumeau,
 - 1 fois des 2 jumeaux ;
- 10 cas de prématurition ;
- 4 cas de viciations pelviennes, dont :
 - 1 bassin légèrement asymétrique d'origine X,
 - 3 bassins plats ;
- 1 cas de grande multiparité (?).

Dans 17 cas, on n'observe rien que d'apparemment fort normal.

C. — POUR LA TOTALITÉ DES PRÉSENTATIONS PELVIENNES,

on a observé :

- 17 cas d'accouchement prématuré, soit 11,4 % ;
- 8 gemelliparités, soit 10,6 % ;
- une mortalité fœtale de 16,02 % (12 cas).

Nous avons pu montrer qu'en aucun cas cette mortalité élevée n'était entièrement imputable à la présentation, mais on ne saurait négliger le facteur qu'elle représente, en particulier chez le prématuré (30 % de mortalité chez des prématurés accouchés par le siège, contre 14 % de mortalité globale).

CHAPITRE III

LES GEMELLAIRES

Il en fut observé 24 exemples, soit 1,47 % des accouchements, se répartissant en :

- 17 cas de gemellaires bivitellins, soit 71 % ;
- 7 cas de gemellaires univitellins, soit 29 %.

LES GROSSESSES GEMELLAIRES BIVITELLINES

Sur 17 cas observés, il s'est agi d'accouchements :

- 11 fois de primipares,
- 6 fois de multipares.

I -- Les présentations :

Chiffres relatifs à 34 accouchements.

1° La présentation du *sommet a été observée 17 fois* :

- 1^{er} jumeau : 9 cas (obs. N^{os} 11, 16, 56, 339, 498, 687, 877, 1113, 1359) ;
- 2^e jumeau : 8 cas (obs. N^{os} 41, 56, 339, 498, 687, 803, 877, 1359).

* On note que les deux jumeaux sont nés en présentation du sommet dans 6 cas : Obs. N^{os} 56, 339, 498, 687, 877, 1359.

Le dégagement s'est effectué en une seule fois en occipitosacrée et fut le fait du 2^e jumeau : obs. N^o 339.

2° Il ne fut pas observé de présentation du front, ni de la face.

3° Il fut observé 1 présentation transverse :

OBS. N^o 1042. — Naissance après expulsion spontanée du 1^{er} jumeau, en siège décomplété, enfant pesant 2.530 g. On rompt la deuxième poche des eaux : procidence immédiate d'un bras. On entreprend immédiatement une version podalique suivie de grande extraction de siège. Enfant vivant pesant 2.580 g.

4° La présentation du siège a été observée 16 fois :

- 1^{er} jumeau : 8 cas (Obs. N^{os} 17, 41, 433, 803, 1042, 1431, 1557 (218 bis) ;
- 2^e jumeau : 8 cas (Obs. N^{os} 11, 17, 433, 1113, 1431, 1557 (218 bis).

On note que les deux jumeaux sont nés en présentation pelvienne dans 5 cas : Obs. N^{os} 17, 433, 1431, 1557 (218 bis).

Sur ces 16 accouchements par le siège, on rencontre :

- 4 sièges complets,
- 12 sièges décomplétés.

II — Les accouchements :

1^o se sont effectuées spontanément dans 30 cas, soit 88,2 %.

2^o On note 1 application de forceps.

OBS. N^o 1113. — Naissance du 1^{er} jumeau, accouchement naturel. La mère étant fatiguée, après un travail long, on extrait immédiatement après rupture de la 2^e poche des eaux, le 2^e jumeau (forceps Tarnier).

3^o Trois grandes extractions de siège :

OBS. N^o 1431. — Grande extraction de siège du 2^e jumeau pour fatigue et indocilité maternelles.

4^o 2 versions podaliques :

OBS. N^o 803. — Présentation du 2^e jumeau en sommet mal fléchi, on pratique une version podalique.

OBS. N^o 1042. — Rapportée plus haut, présentation de l'épaule.

5^o Il ne fut pratiqué *aucune opération césarienne*.

III — Le terme de la fin de la gestation :

1 avortement à 3 mois. Obs. N^o 218 bis.

— 16 accouchements :

- 6 à terme de 9 mois,
- 10 avant terme, soit 7 au 9^e mois,
1 au 8^e mois,
2 au 7^e mois.

IV — Les résultats fœtaux :

Nous excepterons les 2 fœtus expulsés au terme de 3 mois, obs. N^o 218².

1^o On ne note aucun cas de mortinatalité.

2^o Les enfants se répartissent en :

- 10 pesant plus de 2.500 g, tous sortis vivants ;

- 22 pesant moins de 2.500 g, dont :
 - 3 décédés dans les suites de couches,
 - 19 sortis vivants.

V — Les complications maternelles :

1° Albuminurie et hypertension :

OBS. N° 1042. — Survenues au 8^e mois de la gestation. Régres-
sant sous régime désodé et neuroplégiques. Guérie par l'accouche-
ment.

2° Pyélonéphrite gravidique :

3 cas : Obs. N°s 16, 56, 803.

Toutes 3 à colibacilles.

Toutes 3 régressives, sous sulfamidothérapie.

1 cas, Obs. N° 56, récidivant au cours des suites de couches.

3° Hémorragies de la délivrance :

2 cas (Obs. N°s 803 et 1042), conduisant à faire une délivrance
artificielle suivie de révision utérine.

LES GROSSESSES GEMELLAIRES UNIVITELLINES

Sur 7 observations, il s'agissait d'accouchements :

- 4 fois de primipares,
- 3 fois de multipares.

I — Les présentations :

Chiffres relatifs à 14 accouchements.

1° La présentation du sommet a été observée 12 fois et a tou-
jours été le fait des 2 jumeaux : Obs. N°s 335, 520, 570, 672, 688, 1455.

2 fois, ce dégagement s'est effectué en occipito sacrée, obs.
N°s 570, 672, et fut les deux fois le fait du 2^e jumeau.

2° Il ne fut observé :

- aucun autre type de présentation céphalique,
- aucune présentation transverse.

3° Il fut observé deux présentations pelviennes : Obs. N° 541².
Avortement au terme de 4 mois et demi.

II — Les accouchements :

1° Six accouchements, dont les deux jumeaux furent expulsés
naturellement.

2° Obs. N° 688, fatigue maternelle et indocilité. Extraction du 1^{er} jumeau par forceps Demelin N° 8, prise en OIDA. Rotation, descente, extraction en OP. Extraction du 2^e jumeau : forceps Pajot ; prise en OP. Dégagement.

III — Le terme de la fin de la gestation :

- 1 avortement au terme de 4 mois et demi,
- 3 accouchements au terme de 9 mois,
- 3 accouchements avant ce terme, soit 1 au 9^e mois,
2 au 8^e mois.

IV — Les résultats fœtaux :

Nous excluons d'emblée les deux fœtus expulsés au terme de 4 mois et demi, obs. N° 541².

- 1° Aucun cas de mortinatalité ;
- 2° 12 enfants se répartissant en :
 - 4 enfants pesant plus de 2.500 g,
 - 8 enfants pesant moins de 2.500 g,
 - tous sortis vivants de la Clinique.

V — Complications maternelles :

Il n'en fut observé aucune d'assez sérieuse pour qu'elle méritât d'être notée.

CHAPITRE IV

LES COMPLICATIONS DE LA GESTATION

Dans ce chapitre, nous étudierons successivement :

- I. — Les états pathologiques généraux dans leur association avec l'état de grossesse.
- II. — Les états pathologiques, considérés comme plus particulièrement gravidiques.
- III. — Les anomalies de l'appareil génital maternel.
- IV. — Les anomalies de l'œuf.

I. — LES ETATS PATHOLOGIQUES GÉNÉRAUX

1 — La tuberculose :

28 cas de malades hospitalisées en état de gestation et porteuses d'une maladie tuberculeuse en évolution ou ancienne.

a) *Pleurésie séro-fibrineuse.*

Trois cas certains de pleurésie séro-fibrineuse dont l'étiologie tuberculeuse ne fait pas de doute. Guéries lors de l'hospitalisation.

En fait, de nombreuses pleurésies et « pleurites », racontées par des malades à propos de leurs antécédents, mais dont l'étiologie exacte ne peut être précisée *a posteriori*.

Aucun cas en évolution.

b) *Tuberculoses pulmonaires.*

1° 10 cas de lésions anciennes, non évolutives, considérées comme guéries.

En aucun cas, on n'a assisté à une reprise évolutive du processus tuberculeux au cours de la période obstétricale.

2° 10 cas de lésions en activité, dont :

- 1 cas de pneumothorax entretenu : Obs. N° 482 ;
- 1 cas d'aggravation d'une tuberculose évolutive malgré l'antibiothérapie, conduisant à l'avortement thérapeutique ; obs. N° 508^{ter} ;
- 6 cas de malades traitées par antibiothérapie, dont :
 - 7 sous antibiothérapie double (INH+PAS) ;
 - 3 sous antibiothérapie triple (INH+PAS+Strepto.).

Parmi ces malades, on ne note aucune modification dans l'allure du processus tuberculeux pendant la gestation.

En résumé, la maladie tuberculeuse pulmonaire fut aggravée dans 1 cas sur 10 (soit 10 %).

Cette aggravation contraignit à interrompre la gestation.

Dans les 9 autres cas, la gestation fut menée à son terme. Au moment de l'expulsion, on note :

- 1 expulsion spontanée, chez une IV^e pare,
- 7 applications systématiques de forceps,
- 1 opération césarienne, obs. N° 1107, indiquée à la fois pour la tuberculose pulmonaire, mais surtout pour présentation du siège, chez une primipare de 40 ans.

c) *Tuberculose rénale* :

Un seul cas, d'ailleurs ancien, ayant subi, quatre ans auparavant, une néphrectomie gauche.

Accouchement spontané à terme. (Mme HN.. Léa, N° d'observation non relevé.)

d) *Tuberculose ostéo-articulaire* :

Aucun cas constaté ou en évolution en période obstétricale.

Trois cas anciens, soit : 1 mal de Pott lombaire, 2 coxalgies.

Tous trois sans viciations pelviennes classiques.

Tous trois sans reprise évolutive en période obstétricale du processus tuberculeux.

e) *Méningite tuberculeuse* :

Un cas diagnostiqué *post mortem*, et semblant avoir évolué pendant la période terminale de la grossesse et le travail : obs. 1069, cf. Chap. « Mortalité maternelle ».

2 — La syphilis :

17 cas de sérologies positives relevés au cours de l'année, dont :

- 3 découvertes à l'occasion de l'examen obligatoire du troisième mois de gestation,
- 14 évoluant depuis un temps variable.

Ces cas étaient traités :

- 6 fois par pénicillinothérapie, puis bismuth ;
- 11 fois par bismuth, la période de pénicillinothérapie ayant été antérieure à la gestation.

On note : 2 avortements : obs. N°s 706², 1009² ;

2 accouchements prématurés : obs. N°s 41, 1325.

3 — Les pyélonéphrites :

41 observations certaines, où l'examen cyto-bactériologique des urines a fourni la présence de pus microbien dans le tractus urinaire.

Il s'agissait de pyélonéphrites :

- à colibacilles, dans 30 cas ;
- à staphylocoques, dans 8 cas ;
- à germes non identifiés, dans 1 cas.

Toutes ces observations, sauf une, se terminent par une guérison :

- 26 fois sous sulfamidothérapie,
- 14 fois sous antibiothérapie, dont 5 cas après échec de la sulfamidothérapie.

Un échec total, donc :

OBS. N° 379. — Pyélonéphrite à colibacilles, révélée au 9^e mois de la gestation, fièvre à 38°5, douleurs lombaires, cystite. Traitement par 0,9 g de sulfaméthylthiadigol, pendant trois jours. Non stérilisation des urines, obtenue en 3 jours, par 1,5 g de chloramphénicol par jour.

Accouchement naturel à terme.

Au cours des suites de couches, reprise des signes de cystite et de douleurs lombaires faisant évoquer une rétention pyélo-calicielle. On demande un antibiogramme et, sur la foi de ce dernier, on entreprend un traitement par 2 g par jour de Chlor-2-Tétracycline.

La malade sort, non guérie et sur sa demande, au 9^e jour de ses suites de couches.

4 — Les cardiopathies :

Il en fut noté 11 cas : Obs. N°s 311, 503, 625, 807, 903, 1131, 1207, 1253, 1039, 154, 1608.

Il s'agissait :

- de cardiopathies rhumatismales : 7 cas (Obs. N°s 311, 807, 903, 1131, 1253, 1531, 1608), dont 1 cas compliqué de Maladie d'Osler (Obs. N° 1131) ;
- de cardiopathies congénitales : 3 cas (Obs. N°s 3, 503, 625, 1039) ;
- hypertension artérielle essentielle : 1 cas (Obs. N° 1207).

Il ne fut noté aucune aggravation définitive de la cardiopathie.

Il fut noté quelques cas de dyspnée (3 cas), de tachycardie (2 cas), au cours de gestation, ayant régressé sous toni-cardiaques. Il fut noté 1 exemple de décompensation en cours de travail, régressant rapidement au cours des suites de couches.

Toutes les gestations purent être amenées à terme. Il s'est avéré nécessaire de pratiquer 3 applications de forceps :

OBS. N° 625. — Communication interventriculaire, malade très dyspnéique : forceps systématique, extraction d'un enfant vivant.

OBS. N° 1132. — Maladie mitrale depuis l'enfance. Greffe oslérienne récente. Cardiopathie apparemment bien supportée, mais on préfère pratiquer une application de forceps systématique. Extraction d'un enfant vivant.

OBS. N° 154. — Maladie mitrale bien supportée, se décompensant brutalement et pour la première fois, en fin de travail. Pouls à 140, dyspnée, cyanose.

Application immédiate de forceps, extraction d'un enfant vivant. La mère, sous traitement toni-cardiaque, reprend rapidement son aspect antérieur.

5 — Anémie :

Il en fut noté un cas grave.

OBS. N° 93. — Il s'agit d'une anémie isochrome survenant chez une IX^e pare de 31 ans.

Au terme de 3 mois, on note 1.900.000 hématies/mm³ ; échec des traitements médicaux :

- Sidérothérapie,
- Vitaminothérapie B.12,
- Hépatothérapie,
- Petites transfusions, d'effet éphémère.

On décide alors, en raison de l'aggravation du syndrome, de pratiquer un avortement thérapeutique par hystérotomie (à 4 mois et demi de gestation), complété, étant donné l'état de détresse physiologique de cette malade, par une stérilisation par ligature des trompes.

En un mois, le traitement médical amène la guérison de l'anémie.

II. — LES ETATS PATHOLOGIQUES GRAVIDIQUES

A) Précoces :

1° Les vomissements graves : 6 cas observés. Tous, sans exception, guéris par isolement rigoureux et psychothérapie : ingestion et administration parentérale de placebos : Obs. N°s 15, 134, 261, 315, 777, 781.

2° *Albuminuries précoces* avant le 6^e mois de gestation :

10 cas s'accompagnant :

— d'œdèmes : 3 cas ;

— d'hypertension artérielle : 1 cas (Obs. N° 23²).

Rapidement perdu de vue; puis revenant pour avortement traumatique, guérison apparente du syndrome.

— Céphalées, troubles visuels : 3 cas.

Dans 9 cas, l'albuminurie fut éphémère et disparut sous régime alimentaire strict.

Dans 1 cas, elle se poursuivit jusqu'à la fin de la gestation.

B) **Tardifs**, que nous classerons en :

1° *Syndrome albuminurie, hypertension, sans manifestations aiguës* :

13 cas, soit 0,79 % du total des parturientes, aboutissant, sous régime désodé et hémiplegiques, à :

— 8 accouchements *à terme*, se répartissant en :

— 4 accouchements naturels, avec enfants vivants :

obs. N°s 87, 127, 358, 1440 ;

— 2 accouchements naturels, avec enfants mort-nés :

obs. N°s 115, 1335 ;

— 2 opérations césariennes indiquées pour la non stabilisation tensionnelle sous traitement, avec enfants vivants :

OBS. N° 247. — 8^e pare ayant déjà eu des manifestations de maladie gravidique tardives lors des 3 précédentes gestations. Sédation totale entre les gestations.

Entre à terme avec T.A. 18,5-9. Traces d'albumine, malgré un traitement poursuivi depuis deux mois. On décide la césarienne. Extraction d'une fille vivante pesant 3.450 g, sortie vivante de la Clinique.

OBS. N° 134. — II^e pare. Enfant mort-né à la suite d'un syndrome gravidique tardif. Admise avec T.A. 15-7.

Césarienne prophylactique. Enfant vivant, pesant 2.920 g, sorti vivant de la Clinique.

— 5 accouchements *avant terme*, se répartissant en :

— 1 accouchement naturel avec enfant mort-né, au terme de 7 mois, pesant 2.150 g. Obs. N° 345 ;

— 1 accouchement naturel avec enfant vivant au terme de 8 mois 1/2, pesant 2.980 g. Obs. N° 732 ;

— 2 opérations césariennes avec enfants vivants, sortis vivants de la Clinique.

C) La conduite à tenir :

Dans 7 cas, notant l'absence des bruits du cœur fœtal à la réception de la malade, on laisse se produire, sous surveillance, l'expulsion spontanée après administration d'opiacés.

Obs. N^{os} 597, 992, 531, 1260, 331, 1085, 610.

Dans un cas, l'enfant étant vivant, on tenta l'opération césarienne : Obs. N^o 222, enfant décédé en cours d'intervention.

Dans 1 cas, on fut amené à la césarienne après échec des antispasmodiques, puis de la perfusion hypophysaire et enfin de l'infiltration procainique des paramètres. La sauvegarde maternelle conduisit à intervenir. Obs. N^o 355.

D) Résultats :

Fœtaux : aucun succès, les 9 fœtus mort-nés.

Maternels : aucun décès à déplorer. En aucun cas, on ne fut conduit à l'hystérectomie.

Pas de séquelles décelées chez aucune de ces malades.

4^o En résumé, le *syndrome gravidique tardif* a été noté 22 fois, soit dans 1,3 % des cas.

Se terminant par :

- 12 enfants mort-nés,
- 1 enfant mort à 3 jours,
soit une mortalité à 59 % ;
- 3 prématurés,
- 6 enfants nés à terme ;

Aucun cas de décès ou de complications maternelles graves, sauf un cas de psychose puerpérale régressive.

Le pronostic fœtal reste donc très réservé.

Le pronostic maternel, par contre, pour cette année, ne semble pas avoir été sérieusement mis en jeu.

OBS. N^o 454. — VIII^e pare ayant déjà été victime du même syndrome lors de sa précédente gestation.

Au 8^e mois, la T.A. monte à 24/9. On décide d'intervenir. Enfant pesant 2.470 g.

OBS. N^o 732. — Malade enceinte de 8 mois et demi. Albuminurie et hypertendue, découverte à l'admission de cet état pathologique. La malade entrant pour contractions utérines. On note en outre une présentation pelvienne.

- Arguant de :
- la primiparité,
 - la présentation,
 - l'état pathologique,

on pratique une opération césarienne. Enfant vivant, pesant 2.980 g.

Une opération césarienne avec enfant mort dans les suites de couches.

OBS. N° 1398. — Malade ayant subi un traumatisme au sixième mois de sa gestation (fracture ouverte de jambe).

Au 7^e mois, apparition d'albuminurie, hypertension.

Entre dans le service avec : T.A. : 21/13 ;

albumine : 4 g,

fond d'œil : normal.

Après essais de traitement médical infructueux, on décide, chez cette primipare de 34 ans, une opération césarienne. Extraction d'un enfant vivant, au terme de 8 mois, pesant 1.380 g (présentant un aspect hermaphrodite-androgyne à l'autopsie).

La mère réduit en trois jours l'hypertension et l'albuminurie, mais développe, deux jours après l'intervention, une psychose puerpérale qui contraint à la diriger vers un service de neuropsychiatrie.

2° *Eclampsie convulsive* :

Il n'en fut observé aucun exemple au cours de l'année 1958.

3° *Hématomes rétroplacentaires* : 9 observations.

a) date d'apparition :

7^e mois : 2 cas, obs. N°s 577, 992 ;

8^e mois : 2 cas, obs. N°s 531, 1260 ;

9^e mois : 4 cas, obs. N°s 331, 222, 1085, 355 ;

à terme : 1 cas, obs. N° 610.

III. — ANOMALIES DE L'APPAREIL GÉNITAL MATERNEL

1° Malformations utérines congénitales : 3 obs.

OBS. N° 309² : II^e pare 1 gest. Entre au 5^e mois de gestation pour métrorragies, avorte peu après.

Était suivie pour stérilité et infantilisme utérins.

Obs. N° 580 : Utérus bicône, découvert à la suite de deux accouchements prématurés avec enfants morts. Malformations mises en évidence par l'hystérogaphie. 3^e grossesse menée à terme. Présentation du siège ; étant donné les antécédents, on décide l'opération césarienne.

OBS. N° 6 : Cloisonnement utérin. Accouchement prématuré à 6 mois : présentation transverse, enfant mort : embryotomie.

2° Kystes de l'ovaire : 4 observations, dont 3 traitées en cours de gestation.

OBS. N° 930². — Kyste séreux de l'ovaire droit. Ponction au 3^e mois, évolution normale de la gestation, pas de récurrence de kyste.

OBS. N° 803². — Kyste ovarien gauche, qui, au 5^e mois de la gestation, est opéré par ovariectomie.

OBS. N° 1380². — Kyste ovarien gauche, opéré au début du 6^e mois de la gestation : ovariectomie.

Dans ces trois cas, la gestation s'est poursuivie normalement, moyennant un traitement antispasmodique et lutéinique.

Un cas découvert *au début* du travail :

OBS. N° 105. — Découverte d'une masse volumineuse, enclavée dans le cul-de-sac du Douglas, semblant être proevia.

On pratique une opération césarienne et l'on constate que la masse perçue est un kyste dermoïde de l'ovaire gauche.

Ovariectomie dans le même temps.

3° *Fibromes utérins.*

Nous en avons noté 11 observations au cours de la gestation, mais, considérant le fait que, dans 4 cas, le diagnostic n'en fut fait qu'au cours d'une révision utérine indiquée pour rétention placentaire probable, nous ne donnons ces chiffres qu'à titre indicatif, car nombre de fibromes ont pu ainsi échapper à l'attention, arguant du fait aussi que, trois fois, on ne note aucune manifestation pathologique.

— 1 cas se termine par un avortement au terme de 4 mois et demi (obs. N° 1588²).

— 1 cas fut traité par myomectomie :

OBS. N° 625. — Myomectomie au 4^e mois de gestation. La grossesse se poursuit normalement jusqu'au terme. On décide, étant donné la cicatrice utérine récente, la césarienne systématique. Extraction d'un enfant vivant.

9 observations d'accouchements à terme ou près terme (enfants de plus de 2.500 g), par voie basse. Toutefois, on note :

— 4 dystocies dynamiques, nécessitant la mise en place d'une perfusion hypophysaire, puis une application systématique de forceps : Obs. N°s 175, 917, 1066, 1370 ;

— 4 rétentions placentaires, nécessitant autant de révisions utérines (permettant d'ailleurs le diagnostic de fibrome utérin) : obs. N°s 501, 733, 1126 (1588² : avortement).

Enfin, notons que, 6 fois, une révision utérine fut systématiquement pratiquée : obs. N°s 182, 639, 675, 106, 1056, 1533.

IV. — LES ANOMALIES DE L'ŒUF

1° *Môle hydatiforme* : 1 observation.

OBS. N° 1069². — Entre pour vomissements incoercibles, au 2^e mois de gestation. On découvre une masse annexielle gauche. Il s'agit d'un kyste mucoïde à l'intervention. Ovarectomie. Utérus paraissant normalement gravide. Dans les suites opératoires, métrorragies très importantes, forçant à l'évacuation à la curette : on ramène une grossesse molaire.

Deux mois plus tard, la malade saigne ; il persiste 350 U. Lapines à un dosage de prolanémie. On est conduit à l'hysterectomie.

Quatre mois après, la prolanémie reste à 250 U. Lapines, et la malade signale l'apparition d'une tuméfaction vaginale. Un cliché thoracique montre une image dite « en lâcher de ballons ».

On pratique l'exérèse de la tumeur vaginale, après avoir constaté qu'elle est métastatique.

En résumé : évolution vers le chorioépithélium.

Malade encore en traitement sous radiothérapie.

2° *Hydramnios* : 2 observations :

OBS. N° 396. — Malade entrant dans le service pour augmentation brutale et douloureuse du volume utérin. Il s'agit d'une gestante au terme de 8 mois. Hauteur utérine : 42 cm. T.A. : 13/7. Pas d'albuminurie. Œdèmes malléolaires.

On pratique une rupture des membranes. Accouchement d'un enfant mort.

OBS. N° 550. — Malade entrant dans le service au terme de 6 mois et demi pour augmentation progressive du volume utérin, décelé lors d'un examen systématique.

Hauteur utérine : 34 cm. T.A. : 14/7. Pas d'albuminurie. Œdèmes. Rupture spontanée des membranes décidée, expulsion d'un fœtus macéré, en état d'anasarque, pesant 3.000 g.

La malade était du groupe sanguin ARh (+). Un échantillon de sang maternel prélevé lors de l'expulsion ne contenait pas d'agglutinines irrégulières.

3° *Injection basse du placenta* : 8 observations.

a) *le terme d'interruption de gestation* :

— 6^e mois : 1 cas — obs. N° 453² (avortement thérapeutique observation citée).

— 7^e mois : 4 cas,

— 8^e mois : 1 cas,

— 9^e mois : 2 cas.

b) *La conduite tenue.*

Dans 1 cas, on se contente d'une extraction par forceps, suivie de délivrance artificielle. (Obs. N° 67. Nous reviendrons sur ce cas.)

Dans 2 cas, on pratique une manœuvre de Breston-Hicks, suivie de délivrance artificielle, étant donné la certitude qu'on avait de la mort fœtale in utero. (Obs. nos 1096, 1405.)

Dans 4 cas, le fœtus étant encore vivant, on préfère recourir à l'opération césarienne. (Obs. nos 568, 99, 342, 1451.)

Un cas d'avortement thérapeutique par hystérotomie. (Obs. N° 453².)

c) *Les résultats :*

Fœtaux : nous excepterons le cas de l'obs. N° 453², avortement thérapeutique :

- 3 enfants mort-nés,
- 1 enfant décédé au cours des suites de couches,
- 3 enfants sortis vivants de la Clinique.

C'est dire que le pronostic fœtal reste grave, puisque seulement 3 enfants sur 8 (soit 37,5 %) se sont avérés viables.

Maternels : 1 décès, chez obs. N° 67, que nous présentons au chapitre « Mortalité Maternelle ».

4° *Insertions extra-utérines de l'œuf :*

7 observations, toutes de grossesse tubaire.

Nous répétons ici la remarque faite à propos des avortements : la proximité de services de Chirurgie incite à diriger vers ces derniers les syndromes essentiellement chirurgicaux que sont de nombreuses grossesses extra-utérines. C'est ce qui explique le faible nombre (0,3 % des grossesses) de ces anomalies traitées à la Clinique Tarnier.

Toutes furent traitées par salpingectomie, sans incident particulier : Obs. N^{os} 91², 612², 708², 764², 1205², 1242², 1436².

Dans 3 cas, il fut nécessaire, pour établir le diagnostic, de pratiquer une coelioscopie : Obs. N^{os} 764², 1205², 1436².

Les formes cliniques observées furent :

- 3 fois l'inondation péritonéale classique et révélatrice : obs. N^{os} 612², 708², 1242² ;
- 3 fois un hématosalpinx : obs. N^{os} 91², 746², 1205² ;
- 1 cas d'avortement tubo-abdominal évoluant à bas bruit : obs. N° 1436².

Dans 4 cas, on dut pallier la spoliation sanguine par une *transfusion* : obs. N^{os} 612², 708², 1242², 1436².

CHAPITRE V

LES COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT

Nous étudierons successivement sous ce titre :

- I. — Les viciations pelviennes.
- II. — Les anomalies de la dilatation ou de la contractilité (ou dystocies dynamiques).
- III. — Les procidences.
- IV. — Les ruptures utérines.

I. — LES VICIATIONS PELVIENNES

2° Il ne fut noté aucun cas de bassin atrophique congénital type Noegeli ou Robert.

2° Les bassins rachitiques :

- a) d'un diamètre promonto-rétropubien inférieur à 9,5 cm (P R P < 9,5).

Il est à noter que ce chiffre ne doit pas être considéré comme absolu, les mesures ayant été pratiquées tantôt sur clichés de radio-pelvimétrie, tantôt par pelvimétrie interne.

4 cas : Obs. N^{os} 121, 830, 927, 1191.

4 césariennes systématiques, d'ailleurs toutes itératives.

- b) d'un diamètre promonto-rétropubien, compris entre 9,5 cm et 11 cm : 47 cas, parmi lesquels on note :

— 8 césariennes itératives effectuées avant le début, ou dès le début du travail (sans épreuve véritable). (Obs. N^{os} 889, 111, 452, 1095, 1155, 1165, 1435, 1357.

— 5 césariennes systématiques primitives :

Obs. N^o 840 : antécédents d'enfants mort-nés.

Obs. N^o 144 : Primipare de 26 ans, présentation pelvienne.

Obs. N^o 1051 : III^e pare. 1 enfant mort-né. Enfant portant des séquelles graves d'hémorragie cérébro-méningée.

Obs. n^o 1262 : II^e pare, présentation de la face.

Obs. N^o 1297 : souffrance fœtale au début du travail.

— 34 *épreuves du travail*, au sujet desquelles on note :

— 11 césariennes après échec de la tentative : obs. N^{os} 676, 718, 862, 133, 252, 896, 913, 1421, 1423, 1427, 1231 ;

— 23 accouchements par voie basse, soit :

— 14 applications de forceps, dont

— 5 à la partie haute, obs. N^{os} 29, 61, 1491, 1495, 1550 ;

— 9 à la partie moyenne : obs. N^{os} 50, 62, 224, 234, 445, 734, 784, 88'', 1280 ;

— 9 accouchements naturels.

3° *Un bassin d'Achondrophase :*

OBS. N^o 174. — Césarienne systématique pour bassin strictement imperméable chez une achondrophose, extraction d'un enfant vivant, achondrophose.

4° *Un bassin ostéomyélitique :*

OBS. N^o 1404. — Bassin très complexe, asymétrique et rétréci, avec immobilisation des hanches en adduction. Césarienne systématique.

5° *Notons qu'il ne fut observé :*

— aucun bassin de luxation congénitale de la hanche,

— aucun bassin coxalgique,

— aucun bassin de bossue,

... du moins assez modifié pour être noté.

II. — LES DYSTOGIES DYNAMIQUES

Il en fut observé un nombre considérable, environ 9 à 10 % du nombre des accouchements.

Il est difficile d'en préciser le chiffre exact avec certitude, étant donné le caractère mineur de la plupart.

On fut amené à pratiquer dans ces cas :

114 *perfusions intraveineuses de post hypophyse.*

On note qu'il fallut néanmoins recourir à :

— 5 opérations césariennes : Obs. N^{os} 275, 616, 725, 1160 et 568, cette dernière itérative.

— 27 applications de forceps : Obs. N^{os} 917, 1012, 1066, 1059, 1125, 1138, 1222, 1244, 1329, 1338, 1351, 1370, 1426, 399, 509, 582, 579, 639, 659, 799, 861, 897, 51, 175, 324, 384, 100.

III. — LES PROCIDENCES

1° *Procidence du cordon :* Il n'en fut constaté que 2 cas.

OBS. N^o 1055. — On diagnostique la procidence à dilatation complète chez une primipare. Application immédiate de forceps à la partie de l'excavation. Extraction d'un enfant vivant.

OBS. N° 1534. — Diagnostic dans les mêmes conditions. Même thérapeutique. Extraction d'un enfant vivant.

2° *Procidence d'un membre* : 2 observations, N°s 6 et 1042 citées au chapitre « Les présentations », titre IV, « Les présentations transversales ».

OBS. N° 6. — Primipare enceinte de 6 mois et demi, admise avec procidence d'un bras (épaule négligée) et enfant mort. Embryotomie.

OBS. N° 1042. — Gemellaire, accouchement du premier jumeau en siège décomplété. Dès la rupture de la deuxième poche des eaux, procidence d'un bras. Version podalique immédiate, suivie de grande extraction de siège. Enfant vivant, pesant 2.980 g.

IV. — LES RUPTURES UTÉRINES

OBS. N° 702. — Obèse ayant déjà subi une opération césarienne. On décide toutefois de tenter l'accouchement par voie basse. Après 1 heure de perfusion de post-hypophyse indiquée par des contractions irrégulières et inefficaces, on constate la non progression de la dilatation et l'on décide d'intervenir. C'est alors que l'on découvre une petite déhiscence au niveau de l'ancienne cicatrice. Enfant vivant.

Il est à noter qu'aucun signe clinique ne pouvait faire prévoir cette complication.

CHAPITRE VI

LES COMPLICATIONS DE LA DÉLIVRANCE

Nous étudierons ici :

I. — les hémorragies,

II. — les rétentions placentaires,

III. — les *schocks*,

étant entendu que les complications inhérentes aux avortements ont été étudiées à ce dernier chapitre.

I. — HÉMORRAGIES

a) *De la période d'attente* : 11 observations.

Tous ces cas ont été traités par délivrance manuelle.

Trois cas ont nécessité une transfusion sanguine.

b) *Après la délivrance* : 14 observations,

avec délivrance purement complète ; on pratique dans tous les cas une révision utérine qui :

9 fois ramène des débris placentaires,

5 fois ne ramène rien ;

7 fois, on est conduit à la transfusion sanguine.

II. — RÉTENTIONS PLACENTAIRES

a) *Totales* : le placenta n'étant pas décollé 1 heure après l'accouchement, on fut conduit, dans 49 cas, à pratiquer une révision utérine.

b) *Partielles* : dans 48 cas, l'examen des débris a conduit à pratiquer une révision utérine ramenant des débris cotylédonnaires ou membraneux.

III. — SHOCKS

10 observations.

Tous consécutifs à une hémorragie :

— 3 de la période d'attente : Obs. N^{os} 67, 330, 911 ;

— 7 de la période suivant immédiatement la délivrance : Obs. N^{os} 643, 819, 856, 63, 238, 1073, 1553.

On a à déplorer un exitus maternel, obs. N^o 67.

CHAPITRE VII

LES INTERVENTIONS

I. — AU COURS DE LA GESTATION

a) **Avortements thérapeutiques** : 2 cas.

OBS. N° 93 bis. — Anémie grave de la grossesse, avortement thérapeutique au 4^e mois, par hystérotomie.

Obs. citée au chapitre « Complications de la grossesse ».

Obs. N° 453 bis. — Placenta prævia, avortement thérapeutique au 5^e mois par hystérotomie.

Obs. citée au chapitre « Avortements ».

b) **Opérations chirurgicales.**

1° *Appendicectomies* : Obs. N°s 132 bis, 140 ter : toutes deux au 3^e mois de la grossesse; N° 1244 bis, au 6^e mois de la grossesse.

Dans les trois cas, la gestation s'est poursuivie normalement.

2° *Ablation de kystes ovariens* : 3 cas.

Obs. 1030² : kyste séreux, ponction au 3^e mois.

Obs. 907² : ablation de l'ovaire au 5^e mois de gestation.

Obs. 1380² : ablation de l'ovaire au 6^e mois de gestation ; dans les trois cas, la grossesse se poursuit normalement jusqu'au terme.

3° *Salpingectomies pour grossesses tubaires.*

7 obs. cf. complications de la grossesse et anomalies de l'œuf.

II. — AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

Nous n'étudierons ici que les interventions par voie basse, réservant le chapitre « Césariennes ».

A) **Les forceps** : il en fut pratiqué 156 applications :

153 sur présentations du sommet,

1 sur présentation du bregma,

2 sur tête dernière.

1° Les forceps sur présentation du sommet :

153 observations sur 1.572 accouchements, soit 9,75 %.

On note sur ce total :

A. — 11 forceps à la *partie haute de l'excavation* :

Obs. N^{os} 29, 61, 96, 579, 755, 765, 1253, 1328, 1495, 1491 et 1550.

Les indications :

- Dans 5 cas, il s'agissait de non progression de la présentation dans un bassin modérément mais généralement rétréci : Obs. N^{os} 29, 61, 1495, 1491, 1550.
- Dans 4 cas, il s'agissait d'une souffrance fœtale apparue à dilatation complète : Obs. N^{os} 96, 579, 755, 1328.
- Dans un autre cas, il s'agissait d'une dystocie dynamique, obs. N^o 1253, 4 heures de dilatation complète chez une primipare ayant un bassin normal. Contractions insuffisantes malgré perfusion de P.H. On préfère l'extraction par forceps.
- Dans un cas, il s'agissait d'une primipare âgée, chez qui on préférerait hâter l'expulsion : Obs. N^o 765.

Les instruments utilisés :

4 fois le forceps de Tarnier : Obs. N^{os} 61, 765, 1328, 1495 ;

6 fois le forceps Demelin N^o 8 : Obs. N^{os} 29, 96, 579, 755, 1253, 1550 ;

1 fois le forceps de Suzor : Obs. N^o 1491,

La première prise a été effectuée :

4 fois sur tête en OIDT,

4 fois sur tête en OIDP,

2 fois sur tête en OIGT,

1 fois sur tête en OIGP.

Les résultats : 10 enfants vivants,

1 mort-né, obs. N^o 579 : indication pour souffrance fœtale,

ce qui représente une mortalité néo-natale de 10 % (mais nombre de cas trop faible pour porter un jugement).

B. — 79 forceps à la *partie moyenne de l'excavation* :

Les indications :

- Dans 9 cas, il s'agissait de non progression de la présentation dans un bassin généralement rétréci : Obs. N^{os} 50, 62, 224, 234, 445, 734, 784, 833, 1280.
- Dans 16 cas, il s'agissait d'un défaut de progression par dystocie dynamique (insuffisance de contractilité) avérée :

Obs. N^{os} 917, 1012, 1066, 1059, 1125, 1138, 1244, 1329, 1338, 1351, 1360, 1426, 861, 897, 175, 100.

- Dans 11 cas, l'indication fut posée sur des signes de souffrance fœtale : Obs. N^{os} 107, 249, 602, 715, 993, 1267, 1301, 1379, 1428, 1457, 1465.
- Dans 3 cas, elle fut prise sur la prématurité du fœtus au cours d'un accouchement de primipare : Obs. N^{os} 500, 1413, 1459.
- Dans 2 cas, elle fut prise sur procidence du cordon à dilatation complète : Obs. N^{os} 1055, 1534.
- Dans 1 cas, elle fut prise sur non progression d'une présentation mal fléchie (Bregma ?) : Obs. N^o 1243.
- Dans 15 cas, les indications furent maternelles :
 - pour cardiopathie : 3 cas :
 - Obs. N^o 1131 (maladie d'Osler),
 - Obs. N^o 625 (communication interventriculaire),
 - Obs. N^o 1531 (maladie mitrale) ;
 - pour hypertension habituelle : Obs. N^o 1440 ;
 - Pour tuberculose pulmonaire : 6 cas : Obs. N^{os} 49, 408, 482, 512, 278, 1252 ;
 - pour fatigue maternelle après un travail prolongé, enfin : 5 cas : Obs. N^{os} 1091, 169, 387, 452, 753.
- Dans 22 cas, l'indication fut prise pour une lenteur de progression de la présentation dont la cause n'a pu être déterminée.

Les instruments utilisés :

37 fois le forceps de Tarnier,
31 fois le forceps de Demelin N^o 8,
11 fois le forceps de Suzor.

La première prise a été effectuée :

29 fois en OIGA,
17 fois en OIDT,
11 fois en OIDP,
7 fois en OIDA,
3 fois en OIGP,
2 fois en OIGT.

Les résultats :

78 enfants vivants lors de l'extraction,
77 enfants sortis vivants de la Clinique,
1 enfant décédé au 3^e jour.

OBS. 1428. — Forceps pour souffrance fœtale, enfant présentant des signes évidents d'hémorragie cérébro-méningée, confirmée par l'autopsie.

Un enfant mort-né.

OBS. N° 432. — Forceps pour souffrance fœtale. Prise en OIDA, rotation en OP et descente simultanée.

Enfant impossible à réanimer. A l'autopsie, signes d'anoxie encéphalique.

Soit une mortinatalité et une mortalité néo-natale réunies de 2,7 %, à peine supérieure à la mortalité globale.

Encore doit-on noter que les deux enfants mort-nés avaient subi une extraction par forceps parce qu'ils présentaient in utero des signes de souffrance.

C. — 66 forceps à la *partie basse de l'excavation*.

Les indications :

Indications posées 8 fois pour souffrance fœtale : Obs. N°s 227, 700, 707, 713, 715, 1122, 1539, 1553.

Pour accouchement prématuré chez une primipare : 2 indications : Obs. N°s 1459, 1576.

Indications posées 10 fois pour dystocie dynamique en fin de travail : Obs. N°s 1332, 399, 509, 582, 639, 659, 799, 51, 324, 384.

Une indication pour hypertension légère d'origine médicale : Obs. N° 1555 (T.A. : 16/9 en fin de travail ; habituelle : 15/7).

Dans 1 cas, indication complexe :

OBS. N° 67. — On se vit contraint à une application de forceps par :

- l'hémorragie importante, conditionnant le très grave état de shock ;
- le placenta bas inséré (conditionnant lui-même l'hémorragie) ;
- la souffrance fœtale.

Nous reviendrons sur cette observation au chapitre « Mortalité maternelle ».

Dans 7 cas, indication pour fatigue maternelle : Obs. N°s 1524, 1135, 89, 115, 142, 241, 327.

Enfin, 37 applications de forceps pour défaut de progression sans que la cause en puisse être déterminée avec exactitude.

Les instruments utilisés :

On employa :

45 fois le forceps de Tarnier,

3 fois le « petit forceps » de Tarnier,
5 fois le forceps Demelin N° 8,
1 fois le forceps de Demelin N° 9,
4 fois les spatules de Thierry,
2 fois le forceps de Pajot,
8 fois le forceps de Suzor.

La première prise fut effectuée :

30 fois sur tête en OP,
2 fois sur tête en OS (Obs. N°s 154, 911),
21 fois sur tête en OIGA,
7 fois sur tête en OIDA,
4 fois sur tête en OIDT,
2 fois sur tête en OIGT.

Les résultats :

- 61 enfants extraits vivants et sortis vivants de la Clinique ;
- 5 enfants mort-nés, dont :
 - 2 enfants morts *in utero* :
 - Obs. N° 115, mort-né macéré ;
 - Obs. N° 1524, mort au cours du travail, brutalement, avant l'application de forceps ;
 - 3 enfants mort-nés : Obs. N°s 700, 804, 1129.

L'autopsie ayant montré pour les 3 cas considérés des signes d'hémorragie cérébro-méningée.

A noter que le cas N° 700 avait eu une application de forceps en raison de signes de souffrance fœtale *in utero*.

Soit une mortalité infantile de 4,5 %.

d) Si nous faisons un résumé de tous les cas d'*application de forceps*, nous constatons :

que les indications *furent posées* :

14 fois pour dystocie osseuse,
27 fois pour dystocie dynamique,
23 fois pour souffrance fœtale,
5 fois pour prématuration fœtale ;

que la mortalité globale s'élève à 6 cas, où l'opération entreprise sur fœtus vivant se termina par l'extraction d'un enfant mort-né, ou mort peu après.

Sur ces 6 cas, on note 4 cas d'indications de forceps pour souffrance fœtale.

La mortalité globale s'élève donc à 5,22 % des cas.

La mortalité des forceps entrepris sur enfants vivants s'élevait à 3,92 % des cas.

La mortalité directement imputable à l'application de forceps s'élevait à 1,30 % des cas.

2° Il fut effectué 1 *forceps sur présentation d'un Bregma* :

OBS. N° 1243. — Primipare 1 gest. Arrêt de la progression de la présentation au niveau de la partie moyenne de l'excavation, dilatation complète. Application de forceps Demelin N° 8. Extraction d'un enfant vivant, sorti vivant de la Clinique.

3° Il ne fut effectué *aucune application de forceps sur présentation* :

- du front,
- de la face.

4° Il fut pratiqué 2 *applications de forceps sur tête dernière* :

OBS. N° 53. — Primipare de 27 ans, bassin paraissant perméable. Présentation du siège complet. Travail effectué en 8 h. Expulsion spontanée du siège, du tronc, des épaules. Rétention de tête dernière. La manœuvre de Mauriceau s'avérant difficile, on préfère appliquer un forceps Tarnier. Extraction d'un enfant vivant.

OBS. N° 1470. — Primipare de 27 ans, bassin paraissant perméable. Présentation du siège complet.

Parturiente très indocile ; pendant toute la période de travail, agitée, bruyante, et, à la période d'expulsion, refusant tout effort.

On pratique alors une grande extraction sous anesthésie générale, et on termine par un forceps Suzor systématique sur tête dernière.

Enfant vivant, criant immédiatement.

B) Les versions podaliques.

3 observations, toutes suivies de grande extraction de siège.

1° Dans 2 cas, pour présentation *transversale* :

OBS. N° 1364. — III^e pare au terme de 6 mois. Fœtus semblant de petit volume. Extraction d'un enfant pesant 2.480 g.

OBS. N° 1042. — Gemellaire. Procidence d'un bras lors de la rupture artificielle de la 2^e poche des eaux. Extraction d'un enfant vivant.

2° Dans 1 cas, il s'agissait d'une *présentation céphalique*. :

OBS. N° 803. — Grossesse gemellaire.

Lors de la rupture artificielle de la 2^e poche des eaux, on constate que la tête est en position de sommet, mal fléchie. On préfère tenter la version immédiate, les bruits du cœur fœtal étant irréguliers, les contractions utérines inefficaces. Extraction d'un enfant vivant.

Aucune mortalité fœtale.

C) Les grandes extractions de siège : 7 observations.

parmi lesquelles nous distinguerons :

1^o Trois cas *après version podalique* :

Observations citées un peu plus haut. Nous n'y reviendrons pas.

2^o 5 fois sur *présentation pelvienne* :

OBS. N^o 428. — Il s'agit d'une incompatibilité de groupes sanguins de type Rh.

Enfant mort. La lenteur de l'expulsion conduit à pratiquer la manœuvre.

OBS. N^o 1470. — Primipare de 29 ans. Indications pour indolence maternelle et résistance des parties molles.

La manœuvre s'est terminée par une application de forceps sur tête dernière (citée à ce titre). Enfant : 2.780 g.

OBS. N^o 610. — Albuminurique et hypertendue : fœtus mort. On pratique la grande extraction pour hâter l'évacuation utérine et éviter les efforts expulsifs.

Lors de la délivrance, on note un petit hématoïme rétro-placentaire (obs. citée à ce titre).

OBS. N^o 803. — Utérus se contractant mal, au cours d'un accouchement gemellaire. On pratique une grande extraction de siège sur le premier jumeau. Enfant pesant 2.320 g.

En résumé, nous notons que la manœuvre a été pratiquée :

a) 2 fois sur siège complet (obs. N^{os} 428 et 1470),

2 fois sur siège décomplété (obs. N^{os} 610 et 803) ;

b) 2 fois sur enfant mort.

Les 2 autres fois, sur enfants de moins de 3.000 g.

Donc, sans prendre de risques fœtaux exagérés.

Il est difficile de donner des résultats, en raison des conditions particulières dans lesquelles la grande extraction fut entreprise dans 2 cas sur 4.

Toutefois, les 2 enfants vivants sur lesquels on entreprit l'intervention sortirent vivants de la Clinique.

Aucune complication maternelle imputable à l'extraction.

D. — *Notons enfin qu'il ne fut pratiqué :*

- ni incision du col,
- ni césariennes vaginales,
- ni symphysectomies,

au cours de l'année 1958.

E) **Embryotomies.**

Une seule observation, N° 6 :

Primipare, enceinte de 6 mois et demi. Admise avec procidence d'un bras, bruits du cœur non perçus. Utérus tonique, se relâchant mal. On pratique alors une embryotomie. Fœtus pesant 1.670 g.

F. — *Il est à noter qu'il ne fut pratiqué :*

- aucune menobiopsis,
- aucune craniochevis,
- ou autre intervention de ce type.

III. — AU MOMENT DE LA DÉLIVRANCE

Il fut pratiqué :

A) **84 délivrances artificielles.**

Soit, pour un total de 1.542 accouchements par les voies naturelles, un rapport de 5,4 % de délivrances artificielles, dont :

- 11 pour hémorragies,
- 49 pour non décollement après attente d'une heure après l'accouchement,
- 24 systématiques,
 - après manœuvres endo-utérines, pour vérifier l'intégrité de l'organe, notamment après :
 - version podalique : 3 cas ;
 - grande extraction de siège : 4 cas ;
 - forceps : 9 cas ;
- après accouchements prématurés pour envisager l'aspect de la cavité utérine : 8 cas.

B) **74 révisions utérines** dont :

- 14 pour hémorragies,
- 48 pour délivre paraissant incomplet ou simplement douteux,
- 12 systématiques pour vérification de la cavité utérine.

C) Il est intéressant de constater que, parmi les 36 cas où une délivrance artificielle ou une révision utérine furent systématiquement pratiquées, on diagnostique :

- 2 cas de cloisonnement utérin,
- 4 cas d'utérus fibromateux.

CHAPITRE VIII

LES OPÉRATIONS CÉSARIENNES

GENERALITES.

Nous avons classé à part ces interventions, étant donné l'importance particulière que leurs indications tendent à prendre dans l'obstétrique moderne.

A. — *Définitions.* — Signalons immédiatement :

1° Qu'il ne sera traité ici que des césariennes entreprises après le terme de 6 mois.

Nous ne parlerons pas ici des deux cas d'avortement thérapeutique rapportés par ailleurs aux chapitres « Avortements » et « Interventions en cours de gestation ».

2° Qu'il n'a été pratiqué dans le service, au cours de l'année 1958,

- ni césarienne corporéale,
- ni césarienne vaginale.

C'est là d'ailleurs un phénomène dont nous-reparlerons lorsque nous comparerons nos résultats avec ceux de nos prédécesseurs qui ont effectué le même travail les années précédentes.

3° En conséquence, « césarienne » ou « opérations césariennes » seront synonymes dans ce chapitre de « césarienne basse par voie abdominale ».

B. — *Chiffres globaux :*

74 opérations césariennes pratiquées dans le service au cours de l'année 1958,

soit 4,60 % au nombre total d'accouchements (1626).

Ces 74 interventions se répartissent en :

- 57 césariennes *primitives*, dont 34 systématiques et 23 après épreuve de travail ;
- 17 césariennes *itératives*, dont 11 systématiques et 6 après épreuve de travail.

Soit 45 césariennes systématiques,

29 césariennes après épreuve de travail.

C. — *Les indications de l'intervention :*

Nous donnons ici, globalement, pour toutes les césariennes, les éléments pathologiques qui ont conduit à intervenir.

Nous étudierons plus loin ces indications en fonction :

- de la catégorie d'opérations césariennes,
- des résultats obtenus.

Pour les 74 césariennes envisagées, nous notons les indications suivantes :

- I. Viciations pelviennes : 24 cas (dont 6 indications complexes) (*) :
Obs. N^{os} 111, 121, 144*, 174, 381, 452, 676, 718, 830, 840*, 862, 889, 927, 1051*, 1095, 1165, 1191, 1262*, 1421, 1404, 1435, 1357, 1297, 627*.
- II. Anomalies de la dilatation et de la contraction : 8 cas (dont 2 indications complexes) :
Obs. N^{os} 75*, 133, 275, 558, 725, 844, 1160, 1311*.
- III. Injection vicieuse du placenta : 7 cas (dont 2 indications complexes)* :
Obs. N^{os} 80, 99, 257, 342, 568*, 1251, 1451.
- IV. Souffrance fœtale : 6 cas (dont 3 indications complexes)* :
Obs. N^{os} 344, 516*, 615, 1427*, 1297*, 1538.
- V. Mortinatalité au cours des grossesses précédentes : 5 cas (dont 3 indications complexes)* :
Obs. N^{os} 516*, 774, 840*, 1051*, 580*.
- VI. Présentations dystociques ou considérées comme telles dans un cas particulier : 11 cas (dont 8 indications complexes)* :
3 transverses : Obs. N^{os} 297, 312, 568 ;
5 sièges : Obs. N^{os} 144, 627, 732, 1107, 1311 ;
• 2 fronts : Obs. N^{os} 160, 145 ;
1 face : Obs. N^o 1262.
- VII. Lésions utérines : 5 cas (dont 2 indications complexes)* :
Obs. N^o 75* : cicatrice récente d'opération de Strauss-mann.
Obs. N^{os} 160* et 623 : fibromes utérins.
Obs. N^o 93 : grande multiparité.
Obs. N^o 580 : utérus bicône.
- VIII. Hématome rétro-placentaire : 2 cas :
Obs. N^{os} 222, 355.
- IX. Kyste ovarien : 1 cas.
Obs. N^o 105.

X. Tuberculose maternelle : 1 cas (indication complexe) :
Obs. N° 1107.

XI. Maladie gravidique tardive :
Obs. N°s 134, 247, 454, 732, 1398, 1297, soit 6 cas (dont 2 indications complexes).

XII. Disproportion fœto-pelvienne :
Nous classerons ici des cas où le bassin ne paraissait pas touché, le volume fœtal interdit l'accouchement par voie basse : 8 cas (dont une indication complexe) :
Obs. N°s 252, 896, 913, 1155, 1443, 1427*, 1423, 1231.

XIII. Primiparité tardive : 1 cas (d'indication complexe) :
Obs. N° 1107*.

XIV. Autres indications :
Obs. N° 93 : anémie grave chez une grande multipare.
Indication de laparotomie pour stérilisation.
Obs. N° 298 : XII^e pare, même indication.
Obs. N° 792 : Obésité.
Obs. N° 737 : »

XV. *Incompatibilité Rh chez des multipares* :
ayant présenté des accidents lors d'accouchements antérieurs,
ayant un taux croissant d'agglutinines :
3 cas : Obs. N°s 578, 795, 1468.

Nous remarquons qu'un certain nombre d'observations sont citées deux fois et plus.

Il s'agit d'indications complexes :

Obs. N° 75 Dystocie dynamique et cicatrice utérine récente.
» 93 Hypertension et grande multiparité.
» 144 Viciation pelvienne et siège.
» 160 Fibrome et présentation du Bregma.
» 516 Souffrance fœtale, antécédents d'enfants mort-nés.
» 568 Placenta bas inséré et présentation transverse.
» 732 Présentation du siège et hypertension.
» 1107 Présentation du siège, tuberculose maternelle, primiparité tardive.
» 1262 Viciation pelvienne et présentation de la face.
» 1427 Disproportion fœto-pelvienne et souffrance fœtale.
» 1311 Dystocie dynamique et présentation du siège.
» 1297 Viciation pelvienne, souffrance fœtale et hypertension.

Obs. N° 627 Siège et viciation pelvienne.

- » 840 Viciation pelvienne et antécédents d'enfants mort-nés.
- » 1051 Viciation pelvienne et antécédents d'enfants mort-nés.

D. — *Les opérations césariennes systématiques :*

45 observations.

1° Césariennes pour viciation pelvienne :

15 observations, dont

6 césariennes primitives :

Obs. N° 174 Achondrophase, bassin strictement imperméable.

- » 840 II^e pare, ayant eu un premier enfant mort-né après un accouchement difficile.
- » 1051 III^e pare, ayant eu un premier enfant mort-né et dont le deuxième enfant présente des troubles psychiques importants semblant être en rapport avec un traumatisme obstétrical.
- » 1404 Primipare présentant un bassin complexe, mais strictement imperméable (séquelles d'ostéomyélite iliaque)
- » 1297 Primipare de 30 ans. Hypertendue, présentant des signes de souffrance fœtale avant tout début de travail.
- » 627 Présentation pelvienne chez une primipare de 21 ans dont le diamètre promonto-rétropelvien est de 10,5 cm (pélvimétrie interne).

9 césariennes itératives.

— Dans 4 cas, il s'agissait de césariennes itératives pour bassin strictement imperméable, avec diamètre PRP de moins de 9,5 cm : Obs. N°s 121, 927, 830, 1191.

— Dans 5 cas, le volume fœtal apparent ne semblait pas devoir autoriser l'épreuve de travail, étant donné la cicatrice utérine.

On signalera qu'il s'agissait :

- 4 fois d'une III^e césarienne,
- 5 fois d'une II^e césarienne.

Les résultats :

Aucun décès maternel.

15 enfants vivants, sortis vivants de la Clinique.

II. — CÉSARIENNES POUR DYSTOCIES DYNAMIQUES

3 observations dont 1 césarienne primitive.

OBS. N° 75. — Rupture prématurée des membranes, sans aucune ébauche de travail. Malade ayant subi, 11 mois auparavant, une opération de Straussmann.

On décide la césarienne, dix heures après la rupture de la poche des eaux.

Deux césariennes itératives : Obs. N°s 275, 558. Indiquées sans épreuve de travail, étant donné les antécédents.

Les résultats :

Pas de décès maternel.

3 enfants vivants, sortis vivants de la Clinique.

III. — CÉSARIENNES POUR INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

7 cas, dont :

— 7 césariennes primitives : Obs. N°s 80, 99, 257, 342, 568, 1251, 1451.

Toutes indiquées pour : hémorragie importante.

Enfant vivant, paraissant d'un volume suffisant pour envisager une survie valable.

Les résultats :

Pas de décès maternel.

Pas de complications notables.

Un enfant mort-né :

OBS. N° 568. — Extrait au terme de 6 mois $3/4$, pesant 1.090 g, présentant des battements cardiaques, mais s'étant avéré impossible à réanimer.

— 5 enfants sortis vivants de la Clinique, pesant moins de 2.500 g ;

— 1 décédé au cours de suites de couches (Obs. N° 1451) ;

— 1 enfant pesant plus de 2.500 g, sorti vivant de la Clinique.

IV. — CÉSARIENNES POUR SOUFFRANCE FŒTALE

OBS. N° 1297. — Malade hypertendue, primipare de 30 ans, présentant un bassin généralement mais modérément rétréci (pas de données numériques). La souffrance fœtale représente un des éléments de l'indication.

Les résultats :

Mère et enfant sortis vivants de la Clinique.

V. — CÉSARIENNES POUR ANTÉCÉDENTS D'ENFANTS MORT-NÉS

4 cas, dont 3 de césariennes primitives.

Nous avons déjà vu (1) que, dans 2 cas (Obs. N^{os} 840, 1051), il existait une viciation pelvienne.

Obs. 580. — Utérus bicône, 2 enfants prématurés, décédés, siège.

Dans le cas de l'obs. 774, il s'agissait d'une II^e pare, ayant eu une incision du col lors de son premier accouchement, donc présentant un col cicatriciel.

Résultats :

Aucun décès, ni maternel ni fœtal.

VI. — CÉSARIENNES POUR PRÉSENTATIONS DYSTOCIQUES

8 cas, dont nous exclurons immédiatement le cas 568 (présentation transverse), l'indication principale de l'intervention étant l'insertion vicieuse du placenta (cf. Titre III).

Sur les 7 cas retenus :

7 césariennes primitives, dont :

— 2 pour présentation transverse, le relâchement utérin ne permettant pas d'envisager une version podalique (Obs. N^{os} 296, 312).

— 4 pour présentation du siège, associée à :

Obs. N^o 627 : bassin vicié ;

Obs. N^o 732 : maladie gravidique tardive ;

Obs. N^o 1107 : tuberculose maternelle et primarité tardive (40) ;

Obs. 580 : III^e pare ayant eu 2 enfants mort-nés.

— 2 présentations du front : Obs. N^{os} 160 et 745.

Dans les 2 cas, les essais de déflexion ayant échoué.

Les résultats :

7 enfants sortis vivants de la clinique.

Pas de décès maternel.

VII. — CÉSARIENNES POUR LÉSIONS UTÉRINES

3 cas, tous représentant des césariennes primitives.

OBS. N^o 75. — Opération de Straussmann 11 mois plus tôt, pour stérilité. S'y ajoute une rupture prématurée des membranes (observation déjà citée).

OBS. N° 623. — Malade ayant subi une myomectomie au 4^e mois de sa grossesse.

OBS. N° 580. — Utérus bicône, vérifié radiologiquement. Césarienne pour vérification anatomique et étant donné les antécédents d'enfants morts et la présentation en siège.

Résultats :

Mères et enfants sortis vivants de la Clinique.

**VIII. — CÉSARIENNES POUR HÉMATOME
RÉTRO-PLACENTAIRE**

OBS. N° 222. — HRP. certain, dilatation s'effectuant difficilement. Il semble que l'on perçoive des bruits du cœur. On extrait un enfant mort. Mère sortie guérie.

IX. — CÉSARIENNES POUR KYSTE OVARIEN

OBS. 105. — Primipare, kyste prolabé dans le Douglas paraissant prævia.

Kystectomie dans le même temps.

Enfant et mère sortis vivants du service.

X. — MALADIE GRAVIDIQUE TARDIVE

6 cas de césariennes systématiques primitives :

OBS. N°s 134, 247, 454. — Hypertendues graves, ne pouvant supporter plus longtemps leur gestation.

OBS. 732. — Indication pour un siège volumineux.

OBS. 1297. — Indication posée surtout sur un bassin vicié et un début de souffrance fœtale avant le travail.

Obs. 1398. — Mme F..., primipare de 37 ans, ayant subi un traumatisme au cours de la gestation.

Au 7^e mois de grossesse, premières manifestations d'un syndrome gravidique tardif : T.A. 17/11, albuminurie, œdèmes. Admise dans le service le 7 novembre 1958, avec : T.A. 18/12, albumine 3 g.

On temporise jusqu'au 10-11-58, où, devant :

— la non récession des troubles sous régime, isolement et neuroplégiques,

— la notion de primiparité tardive,
on décide d'intervenir.

Extraction d'un enfant vivant, mais décédé 3 jours plus tard. Au 3^e jour des suites de couches, la mère développe un syndrome de psychose puerpérale qui ne sera guéri que deux mois plus tard, après 45 jours d'hospitalisation en service neuropsychiatrique.

Résultats :

Pas de décès maternel.

5 enfants sortis vivants de la Clinique.

1 mort dans les suites de couches.

**XI. — CÉSARIENNES POUR INCOMPATIBILITÉ SANGUINE
DU GROUPE Rh**

3 cas, tous 3 de césariennes primitives.

OBS. N° 578. — IV^e pare ayant présenté deux accouchements d'enfants ictériques.

Agglutinines irrégulières augmentant lors de deux examens successifs. Intervention à 8 mois 1/3.

Enfant n'ayant nécessité aucune thérapeutique particulière, quoique ayant un test de Coombs positif.

OBS. N° 795. — III^e pare, dans les antécédents de laquelle on note un 2^e enfant mort-né en état d'anasarque.

Césarienne pour augmentation du taux d'agglutinines à 8 mois 1/3. Enfant vivant, mais devant subir deux exsanguinotransfusions. Sorti en bon état de la Clinique.

OBS. N° 1468. — IV^e pare ayant présenté deux accouchements d'enfants ictériques.

Terme difficile à préciser.

Toutefois, le taux d'agglutinines irrégulières augmentant lors de deux examens successifs, on décide l'intervention, le volume fœtal semblant pouvoir assurer la viabilité.

Extraction d'un enfant vivant du groupe Rh (—), mort, au troisième jour des suites de couches, de bronchopneumonie aiguë.

E) Les opérations césariennes après épreuve du travail.

Nous en avons noté 29 cas.

I — Césariennes pour viciations pelviennes :

9 observations, dont :

— 6 césariennes primitives : Obs. N°s 676, 144, 718, 862, 1262, 1421.

L'épreuve du travail ayant été conduite :

— 2 fois sous perfusion de post-hypophyse (N°s 676, 862) ;

— 4 fois sans perfusion.

Dans les 6 cas, la décision d'interrompre l'épreuve fut prise sur la non progression de la présentation.

— 6 césariennes itératives : Obs. N^{os} 111, 889, 1357.

OBS. N^o 111. — Bassin paraissant cliniquement peu touché. Pas de radiopelvimétrie.

Césarienne deux ans auparavant, pour viciations pelviennes, au dire de la malade.

On laisse évoluer le travail 1 heure. Contractions efficaces toutes les 3 minutes, présentation n'évoluant pas.

On décide la césarienne : enfant pesant 3.200 g.

OBS. N^o 889. — II^e pare de 1,43 m. Bassin non pathologique, mais de petit volume.

Césarienne un an auparavant.

Une heure d'épreuve, sans succès, enfant pesant 3.150 g.

OBS. N^o 1357. — Malade ayant subi, deux ans auparavant, une césarienne pour B.G.R. Ce dernier semblant modéré, on laisse, sans succès, évoluer le travail une heure. (Contractions de bonne qualité toutes les 4,5 minutes.)

Césarienne : enfant pesant 2.970 g.

Résultats :

Pas de décès maternel.

9 enfants sortis vivants de la Clinique.

II — Césariennes pour dystocies dynamiques : 5 cas dont :

4 césariennes *primitives*.

OBS. N^o 83. — IV^e pare, dilatation rigoureusement stationnaire après 4 heures d'épreuve (col rigide, à peine perméable à 1 doigt).

OBS. N^o 844. — Primipare ayant des contractions irrégulières, depuis 20 heures, col effacé, fermé, pas de segment inférieur formé.

N^o 1160. — Primipare, 2 heures d'épreuve de travail, dont 1 h. sous perfusion hypophysaire. Col rigide, à peine perméable à un doigt. Apparition d'un liquide purée de pois.

OBS. N^o 1311. — Epreuve de travail d'une heure, sur présentation du siège, chez une primipare.

Pas de progression, pas de dilatation.

1 césarienne *itérative* :

OBS. N^o 725. — Femme ayant déjà eu une césarienne pour non dilatation. 4 heures d'épreuve sous perfusion de post-hypophyse, pas de dilatation.

Résultats :

Mère et enfants sortis vivants de la Clinique.

III — Césariennes pour souffrance fœtale.

5 observations, dont 5 césariennes primitives :

OBS. N° 344. — Primipare, parvenue à la dilatation de 2 F en 4 heures de travail. Altération des bruits du cœur, intervention immédiate.

OBS. N° 516. — II^e pare, antécédents d'enfant mort-né.

Dilatation parvenant à 5 F dans les délais normaux. Accélération des bruits du cœur.

Les antécédents indiquent l'intervention immédiate.

OBS. N° 615. — Primipare, contractions irrégulières. On installe une perfusion de post-hypophyse. La dilatation progresse alors régulièrement jusqu'à 5 F, avec contractilité utérine satisfaisante, lorsque, brusquement, les bruits du cœur se ralentissent.

OBS. N° 1427. — Primipare 1 gest. Dilatation à 5 F dans les délais normaux. Altération brutale des bruits du cœur.

Il semble qu'ici une disproportion fœto-pelvienne soit surajoutée.

En effet : enfant pesant 4.750 g, et, à l'intervention, on constate une très petite déhiscence de la peau de l'utérus.

OBS. N° 1538. — II^e pare, première enfant, 2.530 g. Présentation du siège, hauteur utérine 35 cm.

Modification des bruits du cœur, alors que la dilatation est de 5 F. Intervention décidée.

Résultats :

Mères et enfants sortis vivants de la Clinique.

IV — Césariennes pour hématome rétro-placentaire.

1 seul cas : Obs. 355 : césarienne primitive.

Hématome rétro-placentaire confirmé. Bruits du cœur fœtaux non perçus. On essaie alors de provoquer l'expulsion par un cg de morphine, puis perfusion de post-hypophyse.

Non dilatation et hémorragie. On décide de faire la césarienne.

V — Césariennes pour disproportion fœto-pelvienne.

9 observations, dont 7 césariennes *primitives* (Obs. N°s 252, 737, 896, 913, 1443, 1423, 1231).

Parmi les causes possibles desquelles on relève :

— 1 cas d'obésité (Obs. N° 737) ;

— 5 cas de gros enfant, pesant plus de 4.000 g (Obs. N°s 252, 913, 1443, 1423, 1321) ;

— 1 cas sans explication apparente (Obs. 896).

2 césariennes *itératives* :

OBS. 792. — Obèse pesant 125 kg. Césarienne antérieure pour les mêmes raisons ; sans succès, on tente 2 heures d'épreuve de travail.

OBS. N° 1155. — Femmes ayant accouché :

1^{re} fois : césarienne ;

2^e et 3^e fois : accouchements naturels ;

4^e fois : grossesse étudiée ici.

Impossibilité de connaître les poids des autres enfants.

Pas d'engagement après deux heures de travail. On décide la césarienne. Enfant pesant 3.815 g.

Résultats :

Mères et enfants sortis vivants de la Clinique.

F) Les résultats généraux des opérations césariennes.

I — Maternels : Pas de décès.

Une seule complication grave : obs. 1398, psychose puerpérale, dont la genèse n'est certainement pas à imputer à la seule intervention.

II — Fœtaux.

— 3 enfants mort-nés :

OBS. N° 222. — Hématome rétro-placentaire.

OBS. N° 568. — Placenta prævia et présentation transverse.

OBS. N° 568. — Hématome rétroplacentaire.

— 2 enfants morts au cours des suites de couches :

OBS. N° 1398. — Prématuro, mère atteinte de syndrome gravidique tardif.

OBS. N° 1468. — Prématuro, mort de bronchopneumonie.

Au total, nous avons donc noté 5 *enfants décédés*, soit 6,75 %, mais, dans 4 cas, l'indication était posée dans le but de sauvegarder la mère essentiellement.

Seul le cas 1468 semble imputable à une indication de césarienne qui n'avait pas — *a posteriori* — de fondements. Donc, dans 1 seul cas de décès imputable à une mauvaise indication, soit, 1,35 % des cas.

G) — **Les stérilisations :**

9 cas par ligature des trompes :

— 8 fois après opérations césariennes,

2 fois pour 3^e césarienne, chez N^{os} 1095, 1191 ;

1 fois pour détresse physiologique maternelle (anémie grave),
Obs. N^o 93 (déjà citée) ;

5 fois pour grande multiparité, avec dangers de rupture
utérine (Obs. N^{os} 133, 275, 298, 381, 1155) ;

— 1 fois *en dehors de toute gestation* chez une II^e pare atteinte
de rétrécissement mitral décompensé (cf. « Chirurgie »).

CHAPITRE IX

LES SUITES DE COUCHES, LEURS COMPLICATIONS

I. — 31 cas de suites de couches **fébriles**.

dont l'étiologie peut se répartir en :

- 12 cas de lymphangite du sein, ayant tous guéri sous traitement antibiotique ;
- 9 cas d'endométrite simple, ayant tous rétrocedé sous traitement antibiotique et ergot de seigle ;
- 10 cas dont l'étiologie ne peut être précisée.

II. — 1 cas de **phlébite puerpérale**.

OBS. N° 11. — Au 5^e jour des suites de couches, après un accouchement naturel, apparition de signes de phlébo-thromboses du membre inférieur gauche. Malade apyrétique.

Le toucher pelvien ne montre rien.

La malade reçoit :

- pendant 3 jours, 300 mg d'héparine intraveineuse ;
- puis, dès le 2^e jour, 2 comprimés de Dicoumarine ;
- 3^e jour : idem ;
- 4^e jour : 1 et 1/2 ;
- 5^e jour : idem ;
- 6^e jour : idem ;
- 7^e jour : 3/4 de comprimé jusqu'au 12^e jour.

Eléments de la coagulation suivis au laboratoire.

Sort guérie, le 21^e jour après l'accouchement.

III. — Un cas de **septicémie à staphylocoques**.

OBS. N° 322. — Accouchement naturel à terme.

Au 3^e jour des suites de couches, la malade se plaint de pertes fétides. Le soir même, température à 40°5/10, frissons. On pratique une hémoculture et, sans attendre le résultat, on prescrit 2.000.0000 d'unités de pénicilline et 1 g de streptomycine.

Le lendemain, température à 39° 9/10 ; le soir, à 40° 2/10. Nouveau frisson.

Le 3^e jour, état stationnaire.

Le résultat de l'hémoculture indique qu'il s'agit d'une septicémie à staphylocoque.

La malade est transférée à l'hôpital Claude-Bernard, dont elle sort guérie, un mois et demi plus tard, après traitement à la Novobiocyne.

IV. — Un cas de **psychose puerpérale**.

OBS. N° 1398. — Maladie gravidique tardive. Césarienne à huit mois, apparue au 2^e jour de l'intervention, mais ne se confirmant qu'au 2^e jour.

A type de confusion mentale, anxiété, phases de délire aigu.

Guérie deux mois après l'intervention, après un mois et demi en service neuropsychiatrique.

V. — Trois cas de **maladies intercurrentes** :

OBS. N° 262. — Œdème de Quincke, guérison en 24 heures.

OBS. N° 460. — Ictère d'allure infectieuse, guérison en 6 jours.

OBS. N° 820. — Zona du génito-crural et du petit abdomino génital droits.

Soit, au total, 37 *cas de suites de couches peu ou prou perturbées*, soit 2,27 % des cas.

CHAPITRE X

LE NOUVEAU-NÉ

Nous étudierons successivement ici :

- I. — La mortinatalité.
- II. — La mortalité néo-natale.
- III. — Les prématurés.
- IV. — Les résultats généraux.
- V. — Un petit chapitre sera consacré aux incompatibilités sanguines fœto-maternelles.

I. — LA MORTINATALITÉ

42 cas d'enfants mort-nés.

Soit, pour les 1.650 naissances observées au cours de l'année 1958, une mortinatalité de 2,5 %.

1° Parmi les causes de mortinatalité, on note :

- 9 cas d'hématome rétroplacentaire : Obs. N^{os} 577, 992, 531, 1260, 331, 222, 1085, 355, 610 ;
- 3 cas de placenta prævia : Obs. N^{os} 67, 1096, 1405 ;
- 2 cas d'hydromnios : Obs. N^{os} 396 et 550 ;
- 1 malformation utérine maternelle : Obs. N^o 6 : cloisonnement utérin ayant entraîné un accouchement à 6 mois en présentation transverse ;
- 3 cas de syndrome *hypertension-albuminurie* : Obs. N^{os} 345, 115, 1335 ;
- 4 cas de décès par incompatibilité sanguine ; enfants extraits en état d'anasarque : Obs. N^{os} 123, 428, 493, 910 ;
- 2 cas de malformations congénitales : Obs. N^o 1248, anencéphale ; Obs. N^o 1251, hydrocéphale.

2° Parmi les 18 cas, dont la cause est incertaine, on a observé :

- 6 fœtus morts *in utero* au cours de la gestation :
 - avant tout début de travail,
 - sans étiologie aucune retrouvée ;
- 12 fœtus morts au cours du travail ou de l'expulsion : Obs. N^{os} 17, 114, 432, 485, 700, 804, 908³, 1129, 1183, 1242, 579, morts pour lesquels on se doit d'évoquer le traumatisme obstétrical.

3° le traumatisme obstétrical.

Parmi les 12 cas où il doit être évoqué, nous étudierons cet accident en fonction de :

— le terme de l'accouchement :

avant 6 mois : 2 cas ; Obs. N° 17 (gemmaire) ;

7 mois : 2 cas ; Obs. N°s 908^a, 1183 ;

8 mois : 1 cas ; Obs. N° 485 ;

9 mois : 2 cas ; Obs. N°s 114, 579 ;

à terme : 5 cas ; Obs. N°s 432, 700, 804, 1129, 1242 ;

— le poids du fœtus :

moins de 1.000 g : 3 cas ; Obs. N°s 17, 1183 ;

1.000 à 2.000 g : 1 cas ; Obs. N° 908^a ;

2.000 à 2.500 g : 3 cas ; Obs. N°s 114, 485, 579 ;

plus de 2.500 g : 5 cas ; Obs. N°s 1132, 700, 804, 1129, 1242 ;

— les modalités de l'accouchement :

3 accouchements naturels en présentation du sommet :
Obs. N°s 114, 1183, 1242 ;

5 accouchements par forceps, en présentation du sommet : Obs. N°s 432, 700, 804, 1129, 579 ;

4 accouchements naturels en présentation du siège :
Obs. N°s 17 (2 accouchements), 485, 908^a.

4° En résumé.

Sur 42 mort-nés :

18 imputables à des complications de la gestation,

4 » à une incompatibilité de groupes sanguins,

2 » à des malformations congénitales,

12 » à un trauma obstétrical,

6 » sont de cause indéterminée.

II. — LA MORTALITÉ NÉO-NATALE

36 observations, soit 2,2 % des cas.

1° La mortalité néo-natale en fonction du terme :

à terme : 4 cas.

9 mois : 10 cas ;

8 mois : 6 cas ;

7 mois : 18 cas ;

moins de 6 mois : 2 cas ;

Nous l'avons déjà dit, nous n'attribuons pas grand crédit à ce mode d'évaluation.

2° La mortalité en fonction du poids de naissance :

moins de 1.000 g : 5 cas	} Seront étudiés au titre III : « Prématursés »
1.000 à 1.500 g : 18 cas	
1.500 à 2.000 g : 4 cas	
2.000 à 2.500 g : 2 cas	
plus de 2.500 g : 7 cas	

Donc, 7 enfants pouvant être considérés comme « nés à terme » sont morts au cours des suites de couches.

Nous citons les observations les concernant :

OBS. N° 65. — Mère primipare, 24 ans.

Accouchement naturel à terme, travail durant 8 heures. Enfant pesant 3.820 g, décédé 5 jours plus tard.

Autopsie. : hémorragie cérébro-méningée.

OBS. N° 322. — Mère II^e pare, 27 ans.

Accouchement naturel au terme d'après les dernières règles de 8 mois et demi. Travail ayant duré 5 heures.

Enfant pesant 2.580 g, décédé au 3^e jour, dans un syndrome de décérébration. Pas d'autopsie.

OBS. N° 1428. — Primipare, 24 ans.

Souffrance fœtale en fin de travail, application de forceps Tarnier.

Enfant pesant 3.350 g, présentant des signes d'hémorragie cérébro-méningée. Décédé au 5^e jour.

Pas d'autopsie.

OBS. N° 1220 CP. — Mère diabétique.

Accouchement naturel d'un enfant pesant 3.250 g, à terme, paraissant normal.

Au 5^e jour, apparaissent des signes d'artérite bilatérale des membres inférieurs plus marqués à gauche. Une glycémie de 2 g montre l'atteinte diabétique.

Résistant à toute thérapeutique, la gangrène diabétique tuera l'enfant au 19^e jour.

OBS. N° 1208 CP. — Enfant mort au 3^e jour.

A l'autopsie : communication interventriculaire très importante.

OBS. N° 1241 CP. — Spina bifida, mort à 41 jours.

OBS. N° 1029. — Enfant pesant 3.600 g, né à terme, mère II^e pare, de 22 ans. Travail normal, accouchement naturel au 3^e jour. Présente des signes d'hémorragie cérébro-méningée d'apparition brutale ; meurt 2 heures plus tard.

L'autopsie confirme le diagnostic clinique.

III. — LES PRÉMATURÉS

A la Clinique Tarnier, les prématurés sont élevés dans un centre spécialisé, où sont admis aussi bien des enfants nés dans le service que d'autres, dirigés du dehors.

Dans ce travail, nous ne considérons que ceux qui sont nés à la Clinique, nous contentant de présenter, en appendice et à titre indicatif, un tableau résumé de l'activité et des résultats de ce centre de prématurés.

Nous considérons comme prématurés les enfants pesant moins de 2.500 g à la naissance.

En effet, on connaît les incertitudes qui peuvent peser sur la notion de terme d'après les dernières règles. Aussi ce n'est qu'à titre indicatif que nous donnons parfois, au cours de ce travail, des indications de terme, chiffrées en temps, mais nous ne croyons pas pouvoir en tenir compte dans un *travail statistique*.

1^o Généralités.

Au cours de l'année 1958, on a assisté à la naissance de 172 enfants pesant moins de 2.500 g, soit 10,30 % des enfants nés en 1958.

Ce chiffre élevé s'explique précisément par la présence du CENTRE DE PRÉMATURÉS, qui incite à envoyer accoucher à TARNIER nombre de femmes entrant en travail avant terme.

Ces naissances se répartissent en :

moins de 1.000 g :	3 cas, soit 5,3 %
1.000 à 1.499 g :	30 cas, soit 17,4 %
1.500 à 1.999 g :	39 cas, soit 22,7 %
1.200 à 2.499 g :	94 cas, soit 54,6 %
	172 cas, soit 100 %

2^o La mortinatalité.

On en a observé 24 cas, soit 14 %.

En se reportant au titre II « Mortinatalité », on constatera que la prématuration n'est pas seule en cause, mais que, dans la plupart

des cas, une affection concomittante explique à la fois la prématurité et le décès.

C'est ainsi que l'on note :

- 9 cas d'hématomes rétro-placentaires,
- 3 cas de placenta bas inséré,
- 4 cas de décès par incompatibilité de groupe sanguin,
- 1 cas de maladie gravidique tardive (Obs. N° 345),

Soit donc 17 cas sur 24, ou 66 %.

Dans les 7 autres cas, la mort a été attribuée au traumatisme obstétrical.

3° L'élevage des prématurés.

156 enfants pesant moins de 2.500 g ont été élevés à la Clinique TARNIER.

Sur ces 156 enfants :

- 32 sont morts au cours des suites de couches,
- 124 sont sortis vivants de la Clinique, pesant au moins 3.000 g.

Nous donnons le détail de ces résultats en un tableau, page ci-contre.

Nous avons fait figurer, à droite du tableau, des « Enfants élevés hors du Centre des Prématurés » ; les chiffres indiqués dans ces colonnes sont inclus dans les chiffres cités aux colonnes précédentes.

Il s'agit d'enfants qui, pour des raisons diverses, ont été élevés à la Crèche de l'Isolement ou, en raison de leur poids de peu inférieur à 2.500 g, et de l'encombrement du Centre, ont été élevés avec les enfants nés à terme en salles de suites de couches. Parmi ces derniers, d'ailleurs, on ne déplore aucun cas de mortalité néonatale.

Parmi les trois enfants décédés à la Crèche de l'Isolement, on note :

- un mongolien,
- un spina bifida,
- un enfant paraissant normal décédé à 7 jours de broncho-pneumonie.

Les numéros d'observation cités sont ceux du Centre de Prématurés et non ceux de la Maternité.

4° Le pronostic de l'accouchement prématuré.

Nous ferons abstraction ici des 17 prématurés mort-nés à la suite de complications de la grossesse. C'est à propos du pronostic

Poids (en grammes)	TOTAL DES ENFANTS ÉLEVÉS		ENFANTS DÉCÉDÉS EN COURS D'ÉLEVAGE			ENFANTS ÉLEVÉS HORS DU CENTRE (à titre indicatif)	
	Nombre	%	Nombre	N ^{os} d'observations	Mortalité néo-natale	Total	Décédés
1.000	5	3,20 %	5	999, 1028, 1035 ³ , 1184, 1259.	100 %	—	—
1.000 à 1.429	11	7,05 %	11	1045, 1062, 1095, 1102 1152, 1159, 1172, 1176, 1182, 1186, 1197.	100 %	—	—
1.250 à 1.499	13	8,33 %	7	1002, 1006, 1009, 1027 1031, 1044, 1222.	53,8 %	—	—
1.500 à 1.749	9	5,76 %	2	1085, 1216.	22,2 %	—	—
1.750 à 1.999	22	14,10 %	2	1187.	9 %	2	1
2.000 à 2.249	29	18,58 %	2	1080, 1271.	6,9 %	2	0
2.250 à 2.499	57	36,53 %	3	1215.	5,43 %	10	4

foetal de ces dernières qu'il convient d'en faire état, ce qui fut fait et non ici.

Nos chiffres seront donc maintenant :

— TOTAL des enfants : 155,
Mort-nés : 7,
— Morts en S.D.C. : 32.

a) Notons l'extrême sensibilité des prématurés au traumatisme obstétrical :

7 morts de ce fait, soit 4,5 % des cas.

Pour les mêmes causes, la mortinatalité des enfants nés à terme s'établit à 0,33 %.

Le risque de décès par traumatisme obstétrical semble donc près de 14 fois plus élevé chez le prématuré que chez l'enfant né à terme.

b) La mortalité néo-natale s'établit à 32 cas, soit 20,6 % des 155 cas retenus.

c) Regroupant mortinatalité et mortalité néonatale en fonction du poids de naissance, on obtient le tableau suivant, qui se passe de tout commentaire :

Poids (en grammes)	MORTS-NÉS	MORTS EN S.D.C.	TOTAL DES MORTS	MORTA- LITÉ	% D'ENFANTS SORTIS VIVANTS	NOMBRE D'ENFANTS RETENUS DANS CE CHAPITRE
< 1.250	3	16	19	100 %	0	19
1.250 à 1.500	1	7	8	61,4 %	38,6 %	13
1.500 à 2.000	1	4	5	15,6 %	84,4 %	32
2.000 à 2.500	2	5	7	8,0 %	92 %	88

On notera toutefois la « charnière » fondamentale qu'est le poids de 1.500 g.

Dire que la mortalité globale des prématurés s'élève à X % n'a pas de valeur : tous les enfants de moins de 2.500 g sont loin d'avoir le même potentiel.

IV. — RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Sur 1.650 naissances :

mortinatalité :	42 cas, soit	2,5 %
mortalité néo-natale :	36 cas, soit	2,2 %
mortalité totale :	78 cas, soit	4,7 %

1° Enfants pesant plus de 2.500 g : 1478, soit 89,7 % des naissances :

mortinatalité :	18 cas, soit	1,2 %
mortalité néo-natale :	7 cas, soit	0,4 %
mortalité totale :	25 cas, soit	1,6 %

2° Enfants pesant moins de 2.500 et plus de 1.500 g : 127, soit 7,7 % des naissances :

mortinatalité :	10 cas, soit	7,9 %
mortalité néo-natale :	9 cas, soit	7,4 %
mortalité totale :	19 cas, soit	15,3 %

3° Enfants pesant 1.500 g ou moins : 41, soit 2,6 % des naissances :

mortinatalité :	14 cas, soit	36,4 %
mortalité néo-natale :	23 cas, soit	56,3 %
mortalité totale :	37 cas, soit	93,2 %

Ici, les chiffres diffèrent quelque peu de ceux donnés à la page précédente. On ne s'en étonnera point : nous avons donné des chiffres globaux, donc en réintégrant nos 17 mort-nés « pathologiques ».

V. — LES INCOMPATIBILITÉS DE GROUPES SANGUINS FŒTO-MATERNELLES

Nous n'avons nullement ici la prétention d'établir une statistique. Nos cas sont trop peu nombreux, du fait de la présence, à proximité, de centres spécialisés dans la thérapeutique de ces maladies.

Nous ne voulons que regrouper quelques cas d'ailleurs déjà cités dans le cours de ce travail.

1° Nous avons signalé **4 mort-nés de ce fait** :

extraits en état d'anasarque : Obs. Nos 125, 428, 493, 910.

Il s'agissait, dans ces quatre cas, de malades Rh (—), ayant négligé de se faire suivre, et

— dans 3 cas, multipares (plus de 3) ;

— dans 1 cas, secondigeste primipare, transfusée trois ans auparavant.

2° Il a été pratiqué **3 exsanguinotransfusions** :

- 2 fois pour incompatibilité O/A,
- 1 fois pour incompatibilité Rh (Obs. N° 795).

Ces trois interventions couronnées de succès.

3° Il a enfin été pratiqué **3 opérations césariennes** (cf. césariennes) chez des malades dont :

- le groupe sanguin Rh,
- les antécédents de grossesses antérieures avec accidents néonataux de maladie hémolytique,
- la présence et l'augmentation dans le sang d'agglutinines irrégulières à deux examens successifs,

faisaient craindre le développement *in utero* d'une maladie hémolytique.

Or,

- dans 2 cas, l'enfant avait un test de Coombs positif et a pu être ainsi sauvé (l'un d'eux, d'ailleurs, grâce à une exsanguino transfusion) : Obs. N° 795 ;
- dans un cas (Obs. N° 1468), l'enfant avait non seulement un test de Coombs négatif, mais était de groupe Rh —. Or, cet enfant, prématuré pesant 2.250 g, est mort 3 jours plus tard de broncho-pneumonie. Il est évident que le rôle de la prématuration ne saurait être ici négligé.

Ceci ne permet absolument aucune conclusion, mais tout au plus une modeste incitation à la réflexion quant aux incertitudes des examens para-cliniques dans ces cas.

CHAPITRE XI

LA MORTALITÉ MATERNELLE

S'élève à deux observations, soit un *pourcentage de 0,12*.

Les causes en sont :

1° Un cas de placenta prævia : Obs. N° 67 ;

2° Un cas de méningite tuberculeuse : Obs. N° 1323.

Nous rapportons ces deux observations :

OBS. N° 67. — Mme T. Simone, 36 ans, V^e pare, VII^e gest.

Dans les antécédents, on note :

— 3 accouchements prématurés,

— 2 fausses couches au terme de 6 semaines environ.

Entre dans le service le 28 novembre 1957, enceinte, au terme de 6 mois, pour hémorragies apparues pour la première fois trois jours auparavant.

A l'examen, on note :

— hauteur utérine : 29 cm ;

— un pôle fœtal dans la fosse iliaque droite, un second dans l'hypochondre gauche ;

— au toucher vaginal : col long fermé,
segment inférieur,
pas de présentation perçue,
cul-de-sac droit douloureux.

Un cliché confirme les impressions cliniques quant à la position fœtale. Un seul fœtus.

Les bruits du cœur fœtal sont perçus.

En conclusion : la hauteur utérine semble infirmer le terme de la gestation d'après les dernières règles, et l'on conclut à une grossesse de 8 mois environ.

On pense à une insertion placentaire basse en raison :

— des hémorragies,

— de la position transverse du fœtus.

Le 5 décembre : l'hémorragie, qui s'était atténuée, reprend.

Le 14 décembre 1957 : nouvelle hémorragie. Hauteur utérine 30 cm, siège en bas, bruits du cœur fœtal perçus.

Le 9 janvier 1958 : métrorragies de sang noir, de moyenne abondance ; une numération globulaire montre 4.700.000 - G.R.

Le 16 janvier, quelques contractions utérines ; hémorragie immédiate de sang rouge.

Le 17 janvier, à 5 h., la malade entre en travail.

La malade perd un peu de sang rouge.

Col effacé, perméable à deux doigts.

Les bruits du cœur fœtal sont excellents. Ils le resteront jusqu'à 8 h. 45.

A 6 heures, col effacé, souple, dilaté à 1 F.

Présentation haute, mobile, on note la persistance des métrorragies.

A 6 h. 15 : même examen.

On perçoit le placenta entre segment inférieur et présentation.

On note l'expulsion pendant l'examen de nombreux caillots.

A 6 h. 40 : rupture des membranes. On perçoit des cotylédons, en arrière.

A 8 h 30 : dilatation à 2 F.

La malade perd du liquide amniotique mêlé de sang.

Les contractions paraissent insuffisantes ; on injecte 20 cg de spartéine intramusculaire.

A 8 h 40 : dilatation à 5 F, tête plongeant dans l'excavation. Bon état général, quoique pouls rapide à 100/minute.

A 8 h 45, brutalement, apparaissent :

— une cyanose,

— un trismus.

Le pouls devient petit, rapide, irrégulier, la tension artérielle imprenable.

A 9 h 10, on pratique une extraction immédiate du fœtus par forceps. Enfant impossible à réanimer.

Délivrance artificielle systématique immédiate, montrant l'insertion basse et l'intégrité utérine.

Simultanément, on tente de réanimer la femme par :

— intubation et respiration artificielle,

— perfusion intraveineuse de nor-adrénaline,

— adrénaline intra-cardiaque enfin.

9 h 30 : Tous les efforts s'avèrent vains. La malade est comateuse, pouls et tension sont imprenables.

Vers 10 h, décès de la femme.

L'autopsie montrera un utérus normal, sans signes de rupture ni d'apoplexie. Pas d'épanchement sanguin intra-abdominal.

En résumé. — Ce cas est extrêmement complexe.

C'est le problème d'une mort subite, chez une malade

— présentant des hémorragies depuis un mois et demi,

— en apparence bien supportées.

Cette malade meurt de shock, en fin de travail, quasi subitement. Se posent les problèmes :

- d'un shock par spoliation sanguine répétée,
- d'une embolie par origine péri-utérine.

Il est fâcheux qu'une autopsie plus complète n'ait tranché entre ces hypothèses ou n'en ait fait admettre une troisième.

OBS. N° 1323. — Mme S... Anna, 16 ans.

Dans les antécédents, on note :

Collatéraux : un frère décédé de méningite à 2 mois.

Parents en apparence bien portants.

Personnels : céphalées fréquentes ; l'apparition de ces céphalées n'a pas été notée. Il s'agit d'une primipare, I gest.

Entre dans le service le 22 octobre 1958, à 15 h 15.

Dernières règles : 15 au 20 janvier 1958.

Grossesse sensiblement à terme.

A l'examen : hauteur utérine 34 cm, tête en bas, dos à gauche.

Bruits du cœur fœtal excellents. Tête appliquée au détroit supérieur ; col effacé, souple, dilaté à 2 francs.

Le travail se poursuivra normalement jusqu'à 21 heures. Accouchement naturel à terme. Garçon vivant, criant aussitôt, pesant 3.450 g.

A 21 h 30, est pratiquée la délivrance, naturelle mais sensiblement incomplète.

On pratique une révision utérine sous anesthésie au chloro-khellène. On ramène quelques débris membraneux.

On injecte 5 unités de post-hypophyse intramusculaire.

A 22 heures : crise convulsive localisée aux membres supérieurs et à la face. Réflexivité normale. Tension artérielle et pouls imprégnables.

Entre 22 h et 22 h 30, l'état s'aggrave peu à peu. La malade sombre dans le coma, vigile, puis avec abolition progressive de la sensibilité et de la réflexivité.

On tente :

1° injection intraveineuse d'adrénaline,

2° la perfusion intraveineuse de nor-adrénaline.

Après quelques secondes d'amélioration (le faciès rosit, la respiration se régularise), à 23 h 30, la malade meurt.

Il est à observer qu'au cours de la matinée la malade s'était plainte de douleurs diffuses, qu'à l'examen rien n'avait été noté, sauf, toutefois, une somnolence, un pouls à 140/minute.

L'autopsie montrera des granulations tuberculeuses méningées et cérébrales diffuses.

En résumé : évolution suraiguë d'une méningite tuberculeuse en cours de travail.

APPENDICES

Il n'est point de notre propos de décrire dans ce travail les activités non obstétricales de la maternité TARNIER.

Toutefois, nous en donnerons ici un bref aperçu concernant :

- I. — Le centre de prématurés.
- II. — L'activité proprement chirurgicale du service.

I. — LE CENTRE DE PRÉMATURÉS

Nous en avons déjà parlé à propos des « Nouveau-Nés » et, en particulier, à propos des prématurés nés dans le service.

Ici, nous voulons donner un résumé global du total de son activité concernant aussi bien les enfants nés à la Clinique que ceux amenés du dehors.

Ce tableau donnera les principaux renseignements :

Les numéros cités ci-après sont ceux des observations propres au Centre de Prématurés et n'ont évidemment rien à voir avec celles de la Maternité.

On notera la présence de 73 enfants pesant plus de 2.500 g qui ne sont pas des prématurés, tels que nous les avons déjà définis, selon les critères de l'OMS.

Il s'agit, en fait, d'enfants *malades* ou *malformés*, le centre faisant, dans ce cas, office de *Crèche médicale néo-natale*, tant pour les besoins du service que, dans certains cas, pour des enfants amenés de l'extérieur.

Il n'y a donc pas lieu de s'étonner de la mortalité élevée dans cette catégorie.

Les résultats se présentent donc de la façon suivante :

- Enfants hospitalisés : 275 ; mortalité : 22,1 % (61 cas)
- prématurés hospitalisés : 202 ; mortalité : 25,7 % (52 cas)

Par ailleurs, nous constatons que l'ensemble des résultats est parallèle à celui que nous avons donné à propos des prématurés dès leur naissance à la Maternité de la Clinique.

Mais nous constatons que, pour chaque catégorie de poids, la mortalité globale est plus élevée que celle concernant les seuls enfants nés dans le service.

On ne peut guère incriminer que les incidences fâcheuses du transport — pourtant effectué en général en couveuse portative — pour expliquer ce phénomène.

POIDS	NOMBRE D'ENFANTS ADMIS	ENFANTS DÉCÉDÉS EN COURS D'HOSPITALISATION		
		Nbre	N ^{os} d'observations	Mortalité
1.000 g	7	7	999, 1028, 1035 bis, 1184 1259, 1266.	100 %
1.000 à 1.249 g	17	17	1045, 1062, 1075, 1082, 1093, 1099, 1102, 1132, 1145, 1159, 1172, 1176, 1182, 1186, 1197, 1242, 1246.	100 %
1.250 à 1.499 g	18	10	1002, 1006, 1009, 1027 1031, 1044, 1100, 1190, 1222, 1232.	55,5 %
1.500 à 1.749 g	22	5	1017, 1076, 1085, 1138, 1216.	22,7 %
1.750 à 1.999 g	41	5	1060, 1071, 1121, 1124, 1187.	12,2 %
2.000 à 2.240 g	48	6	1001, 1078, 1080, 1122, 1147, 1271.	12,5 %
2.250 à 2.499 g	51	2	1037, 1215.	4 %
2.500 g et plus	73	9	1029, 1057, 1089, 1134, 1208, 1220, 1226, 1231, 1241.	13,1 %

II. — ACTIVITÉ CHIRURGICALE

Elle se décompose en deux parties :

A) Chirurgie au cours de la gestation.

Nous en avons déjà traité en différents chapitres de ce travail.

Nous en donnerons un bref résumé, avec les références aux chapitres intéressés :

1° Avortements thérapeutiques par hystérotomie :

2 cas : Obs. N^{os} 93² et 453² (cf. « Avortements »).

2° Salpingectomies pour grossesses tubaires :

7 cas : Obs. N^{os} 91², 612², 708², 764², 1205², 1242², 1436².

(Cf. « Complications de la gestation, anomalies de l'œuf »).

3° *Appendicectomies* :

3 cas : Obs. N^{os} 132 bis, 140 ter, 1244 bis (cf. « Interventions en cours de gestation »).

4° *Kystectomies ovariennes* :

3 cas : Obs. N^{os} 130², 807², 1380² (cf. *idem*).

5° *Opérations césariennes* :

74 cas. Un chapitre entier leur ayant été consacré, nous ne nous étendrons pas plus ici sur ces observations.

Soit 89 *interventions*, auxquelles on pourrait ajouter :

— 6 curetages utérins post-rétro : 61 observations (cf. « Avortements »).

B) **Chirurgie gynécologique**, en dehors de la gestation.

1° *Hystérectomie*. Il en fut pratiqué 24, dont :

a) 10 *hystérectomies subtotales* indiquées pour :

— 7 fois pour fibromes utérins : Obs. N^{os} 143², 323² 523², 785², 866², 908², 1074² ;

— 2 fois pour métrorragies post-ménopausiques : Obs. N^{os} 783², 1311² ;

— 1 fois pour augmentation de la prolamine et métrorragies chez une malade ayant présenté une grossesse molaire, expulsée deux mois auparavant : Obs. N^o 1092².

b) 12 *hystérectomies totales*, indiquées :

— 8 fois pour fibrome utérin : Obs. N^{os} 88², 198², 316², 677², 861², 1024², 1241², 1315² ;

— 2 fois pour cancer du col utérin : Obs. N^o 163² (métrorragies provoquées, frottis Cl.) ; Obs. N^o 1451 (lésion suspecte à la colposcopie, biopsie positive) ;

— 2 fois pour infections pelviennes graves : Obs. N^o 545² (infection de l'abortum, pelvipéritonite) ; Obs. 1325² (pelvipéritonite d'origine X).

c) 2 *hystérectomies élargies* :

Obs. N^o 870² (cancer du col utérin, opération type Wertheim) ;
Obs. N^o 1069² (chorio épithélium avec métastases vaginales, hystérectomie totale avec large collerette vaginale, obs. citée avec « Complications de la grossesse »).

2° Notons, dans le même ordre d'interventions :

a) une intervention de myomectomie utérine : Obs. N^{os} 542², 755³, 892² ;

b) une amputation du col : Obs. N^o 1080³ (pour frottis vaginaux de dépistage Cl. IV).

3° *Opérations portant sur les annexes :*

- a) kystectomies ovariennes simples : 3 observations N^{os} 172², 446², 803² ;
- b) annexectomies unilatérales : 2 cas pour kyste ovarien adhérent ; Obs. N^{os} 615², 1280² ;
- c) annexectomies bilatérales : 2 cas ; Obs. N^o 950² (salpingite bilatérale, adhérences étendues) ; Obs. N^o 1050 (tumeurs ovariennes végétantes bilatérales).

4° *Opérations de correction de la statique pelvienne :*

Il fut pratiqué :

- a) 3 cloisonnements du Douglas : Obs. N^{os} 263², 499², 632² (pour rétroversion utérine) ;
- b) 3 périnéoraphies antérieure et postérieure pour prolapsus utérin : Obs. N^{os} 372², 559², 1062² ;
- c) 1 périnéoraphie antérieure avec amputation du col pour prolapsus utérin : Obs. N^o 1403 (pas de « temps postérieur » en raison d'une ancienne fistule recto-vaginale ;
- d) 1 interposition utérine (Wertheim-Shanta) : Obs. N^o 565² ;
- e) 1 hystérectomie vaginale pour prolapsus important chez une malade de 71 ans : Obs. N^o 1458².

5° *Opérations de cure des incontinenances urinaires du post-partum :*

Deux observations : Obs. N^o 839² (opération de Delinotte) ;
Obs. N^o 1512² (opération de Perrein).

6° *Opérations portant sur la glande mammaire :*

Deux cas : Obs. N^o 873² (ablation d'un kyste) ; Obs. N^o 969² (ablation d'un adénome).

7° *Excision de glandes de Bartholin :*

Trois cas : Obs. N^{os} 272², 998², 1359².

En résumé :

89 interventions chirurgicales en cours de gestation ;

51 interventions chirurgicales en dehors de gestation ;

Soit, en tout, 140 interventions.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ACTIVITÉ OBSTÉTRICALE DE LA CLINIQUE TARNIER EN 1946 ET EN 1958

GÉNÉRALITÉS

Il ne saurait être question de comparer point par point les cas observés en 1946 avec ceux de 1958. Cela serait fastidieux et de médiocre intérêt.

En effet, ce qui peut servir à l'étude de l'évolution obstétricale au cours des douze dernières années, ce n'est guère que :

- l'évolution de l'attitude tenue devant un problème donné
- et l'évolution concomitante des résultats obtenus.

Il est donc plusieurs chapitres sur lesquels nous ne donnerons qu'un aperçu à l'intérieur même de ces « Généralités ».

D'autres, par contre, feront l'objet d'études plus approfondies.

I. — NOUS ÉVOQUERONS RAPIDEMENT

l'évolution de :

1° L'activité globale :

	1946	1958
Accouchements	2594	1626
Avortements	111	137

On épiloguerait, certes, fort longtemps, sur cette diminution très importante (de l'ordre de 30 %) du nombre des accouchements.

Comme nous croyons savoir que la Clinique TARNIER est loin d'être seule dans cette situation, nous avons tendance à penser que tous ceux qui connaissent l'excellence hôtelière des hôpitaux de Paris et l'intimité des salles d'hospitalisation, incrimineront, certes, l'incontestable baisse de la natalité entre 1946 et 1958, sans aucune arrière-pensée.

Par contre, nous notons une légère augmentation du nombre des avortements. Malheureusement, tout comme B. LEROY, notre prédécesseur dans ce travail, nous ignorons — ou n'avons pas d'éléments sûrs pour affirmer — la cause de ces interruptions de grossesse dans la majorité des cas. Incontestablement, beaucoup de ces avortements sont traumatiques, mais aucun chiffre ne peut être avancé, aucune statistique n'aurait de valeur.

Il nous semble d'ailleurs que ces problèmes relèvent plus de la Sociologie que de l'Obstétrique ou de la Gynécologie dans leur très grande majorité.

2° Les présentations.

a) *Présentations du sommet*

	1946	1958
	—	—
Total	2.471	1.572
Accouchements naturels	2.127	1.359
Forceps	344	152
	14,2 %	9,7 %
Césariennes	?	61
		3,9 %
Dégagements en occipito sacrée	31	16

b) *Présentations de front*

1946	1958
—	—
4 cas	2 cas
4 accouchements par voie basse	2 césariennes
(1 forceps à la partie haute de l'excavation)	
3 déflexions manuelles.	

c) *Présentations de la face*

1946	1958
—	—
9 cas	6 cas
7 accouchements spontanés	5 accouchements spontanés
2 césariennes	1 césarienne

d) *Présentations transverses*

1946	1958
—	—
10 cas	6 cas
7 versions podaliques	2 versions podaliques

3 césariennes

3 césariennes
1 embryotomie

e) *Présentations du siège complet*

	1946	1958
Total	54	23
Accouchements naturels	36	16
Grandes extractions	13	3
Césariennes	5	2

f) *Présentations du siège décompleté*

	1946	1958
Total	86	44
Accouchements naturels	74	38
Grandes extractions	7	2
Césariennes	5	4

Nous reverrons plus loin la plupart de ces observations.

3° **Les grossesses gemellaires.**

	1946	1958
Total	42	24
Univitellines	6	7
Bivitellines	36	17

4° **Les complications de la délivrance.**

	1946	1958
Hémorragies	95	25
Transfusions	13	10
Shocks	25	10
Bivitelline	36	17
Rétentions totales	46	49
Rétentions partielles	42	48

On notera ici que, en 1946, on considérait comme normale une période d'attente de 2 heures, alors qu'en 1958 tout placenta non décollé au bout de 1 heure était immédiatement enlevé manuellement. Ceci peut expliquer le grand nombre d'hémorragies de la délivrance constaté.

II. — PAR CONTRE NOUS DÉVELOPPERONS

à part quelques points particuliers, notamment :

A. — 1. Les complications de la gestation.

2. Les complications de l'accouchement.

B. — 3. Les interventions par voie basse.

4. Les opérations césariennes.

C. — 5. La mortalité, enfin, tant foetale que maternelle.

Dans les chapitres 1 et 2 (A), nous essaierons de déterminer les différences entre les attitudes observées, et nous donnerons comparativement les résultats au chapitre 5.

Dans les chapitres 3 et 4 (B), nous nous efforcerons de comparer

— les indications,

— les techniques,

et nous donnerons les résultats immédiats.

Dans le chapitre 5 (C), enfin, nous aurons très peu de commentaires à faire, les chiffres étant, dans ce cas, explicites.

CHAPITRE I^{er}

LES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE

Nous envisagerons successivement :

I. — LA TUBERCULOSE

1946 : 17 cas de tuberculose évolutive, pour lesquels on est amené à pratiquer :

- 8 avortements thérapeutiques,
- 9 accouchements, seulement 2 décès maternels.

1958 : 10 cas de tuberculose évolutive, traités par antibiothérapie.

- Dans les 10 cas, la malade accouche à terme.
- Dans 1 cas : décès maternel (Obs. N° 1069).

Résultats :

1946 : 55 % de maternité jugée possible ;

1958 : 100 % " " "

Donc, pas de diminution très sensible, en pourcentage, de la tuberculose évolutive, mais transformation du pronostic.

II. — LA SYPHILIS

1946 : 28 cas de sérologie positive, pour lesquels on observe :

- 12 accouchements prématurés dont 8 mort-nés.

1958 : 17 cas de sérologie positive, pour lesquels on observe :

- 2 accouchements prématurés, enfants vivants.

Donc, à la fois, diminution du nombre de sérologies positives et du nombre des accidents. Il semble, en effet, que nombre de sérologies positives rencontrées à l'heure actuelle et concernant des malades traitées n'aient pas une valeur formelle et concernent la virulence et l'évolution de la maladie.

III. — SYNDROMES GRAVIDIQUES TARDIFS

En 1946, il fut observé 108 cas de maladie gravidique tardive, soit 3,87 % des accouchements.

Soit : 63 cas de syndrome albuminurie hypertension isolé ;
 15 cas éclampsies ;
 15 cas hématomes rétro-placentaires.

Soit : en 1958, 22 cas, ou 1,35 % des cas :

13 cas de syndrome albuminurie-hypertension,
 pas d'éclampsie,
 9 hématomes rétroplacentaires.

Les résultats :

	1946	1958
Mortalité maternelle	2	0
Pourcentage	1,9 %	0
Mortalité infantile	52	13
Pourcentage	51 %	59 %
Mais, pour le total des accouchements	2 %	0,9 %

Nous constatons donc :

1° La diminution très sensible (des 2/3) de la fréquence du syndrome hypertension-albuminurie.

Sans conteste possible, on ne peut attribuer ce fait qu'à la fréquentation accrue de la Consultation, au fait que les femmes enceintes sont suivies de plus près, et surtout au régime sévère qui leur est imposé pendant les quatre derniers mois de la grossesse, régime déchloruré et hypotoxique, sur lequel on insiste beaucoup à la Clinique Tarnier.

2° La disparition de la mortalité maternelle.

3° L'état stationnaire de la mortalité fœtale, en fonction des cas constitués. Mais diminution de la toxémie gravidique comme cause de mortalité fœtale.

Donc, si l'apparition des hémoplégiques semble avoir fait diminuer le risque maternel, le risque fœtal demeure, et il semble qu'il faille, dans ces cas, se tourner plus vers la prophylaxie que vers la thérapeutique de ces affections.

CHAPITRE II

LES COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT

I. — LES ANGUSTIES PELVIENNES

Notons immédiatement que :

En 1946, il fut observé :

- 11 bassins de luxation congénitale de la hanche,
- 9 bassins coxalgiques ;

en 1958, aucun de ces types de bassin.

D'autres types de bassin tels que :

en 1946 — 1 bassin de Robert,

- 1 bassin myopathique ;

en 1958 — 1 bassin d'achondrophase,

- 1 bassin ostéomyélitique,

sont trop rares pour entrer dans le cadre d'une étude statistique. Nous limiterons donc l'étude des viciations pelviennes à celle des *bassins rachitiques*.

En 1946 : 86 observations, soit 3,3 % des accouchements :

dont : ϕ PRP moins de 9,5 cm : 10 cas A

9,5 moins ϕ PRP moins de 11 cm : 76 cas B

Conduite tenue :

Type A : 1 forceps au détroit supérieur,

9 césariennes 90 %

Type B : 34 accouchements spontanés,

18 forceps 25 %

24 césariennes 31 %

En 1958 : 51 observations, soit 3,1 % des accouchements, dont :

4 cas A

47 cas B

Conduite tenue :

Type A : 4. césariennes	100 %
Type B : 9 accouchements naturels	
14 applications de forceps	30 %
16 césariennes	35 %

En résumé, on note une nette augmentation de l'interventionisme, tant en ce qui concerne :

- les césariennes : 90 et 31 % en 1946, contre 100 et 35 % en 1958 ;
- les forceps, dans les bassins modérément rétrécis : 30 % en 1958, contre 24 % en 1946.

II. — LES DYSTOCIES DYNAMIQUES

En 1946 : 250 cas, soit 8,8 % des accouchements, pour lesquels on est amené à faire :

- 20 infiltrations des paramètres,
- 75 applications de forceps (35,7 % des cas),
- 20 incisions du col,
- 14 césariennes (6,60 % des cas).

En 1958 : 160 cas, soit 10 % des accouchements, pour lesquels on fut amené à pratiquer :

- 27 applications de forceps (16,7 % des cas),
- 5 césariennes (3,1 % des cas),
et ni incision du col, ni infiltration des paramètres.,
mais 114 perfusions de post-hypophyse.

Notre proportion est donc sensiblement la même entre les deux années, par rapport au nombre d'accouchements.

On remarque l'énorme diminution des interventions.

Les perfusions hypophysaires pratiquées en 1958, alors qu'ignorées en 1946, sont la seule explication plausible de ce phénomène.

III. — LES PRÉSENTATIONS ANORMALES

Nous avons choisi ce titre par commodité et sans préjugés concernant la dystocie, en considérant comme anormales toutes les présentations autres que celles du sommet.

Présentations du front :

En 1946 : 4
1 forceps partie haute
3 déflexions manuelles

En 1958 : 2
2 césariennes

Présentations du siège :

En 1946 : 144	En 1958 : 67
110 accouchements naturels	104 accouchem. naturels
20 grandes extractions soit 13,8 %	5 grandes extractions soit 7,5 %
10 césariennes soit 6,9 %	6 césariennes soit 8,9 %

Présentations transverses :

En 1946 : 10	En 1958 : 6 cas
7 versions podaliques	2 versions podaliques
3 césariennes, soit 33 %	3 césariennes, soit 50 %
	1 embryotomie

Présentations de la face :

En 1946 : 9	En 1958 : 6
7 accouchements spontanés	5 accouchements spontanés
1 césarienne	1 césarienne

On remarque immédiatement :

- la diminution du nombre relatif d'interventions obstétriques classiques, telles que déflexion manuelle du front, versions podaliques, grandes extractions de siège ;
- l'augmentation concomitante du nombre relatif des césariennes.

A titre indicatif, nous donnons, pour ces « présentations anormales » le petit tableau suivant :

	1946	1958
Total	167	81
Interventions par voie basse	31, soit 18,6 %	8, soit 9,8 %
Césariennes	14, soit 8,3 %	12, soit 14,8 %

IV. — LES PROCIDENCES

1946	1958
11 procidences du cordon	2 procidences du cordon
1 enfant mort-né, soit 9 %	pas de décès

On note une nette diminution relative de la fréquence de cet accident, sans qu'aucune cause puisse être fournie.

V. — RUPTURES UTÉRINES

1946	1958
3 cas	1 cas
3 mort-nés	aucun décès, ni maternel,
2 décès maternels	ni fœtal
	(petite déhiscence sur cicatrice antérieure)

Cette disparition des ruptures utérines sera envisagée à nouveau avec la mortalité maternelle.

Toutefois, dès à présent, ayant noté la nette tendance à la prudence, à l'abandon des grandes manœuvres obstétricales, au profit de la voie haute, on peut attribuer à cette prudence, pouvant parfois sembler excessive, la diminution de ce grave accident.

CHAPITRE III

LES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES A VOIE BASSE

I. — LES FORCEPS

En 1946 : 351 applications, soit 13,5 % des accouchements.

En 1958 : 156 applications, soit 9,7 % des accouchements.

A) Le moment de l'application.

1° Les forceps à la partie haute de l'excavation :

1946	1958
Cas : 30, soit 8,5 %	11, soit 7,0 % des forceps
Mort-nés : 4, soit 13,7 %	1, soit 9 % de la catégorie

2° Les forceps à la partie moyenne de l'excavation :

1946	1958
Cas : 235, soit 66,9 %	79, soit 50,6 % des applications de forceps
Mort-nés : 13, soit 3,7 %	2, soit 2,7 % de la catégorie

3° Les forceps à la partie basse de l'excavation :

1946	1958
Cas : 86, soit 24,6 %	61, soit 43,4 % des applications de forceps
Mort-nés : 6, soit 6,9 %	5, soit 4,5 % de la catégorie

B) Les indications :

	1946	1958
	cas :	cas :
Disproportions fœto-pelviennes.	92, soit 26,2 %	15, soit 9,6 %
Dystocies dyn.	116, soit 33,04 %	27, soit 17,3 %
Souffrance fœtale	60, soit 16,9 %	25, soit 16 %
Etat pathologique maternel	47, soit 13,3 %	12, soit 7,6 %
Prématuration	2, soit 0,56 %	5, soit 3,2 %
Lenteur d'expulsion et fatigue maternelle	23, soit 6,5 %	72, soit 46,1 %

Trois phénomènes concomitants, donc :

1° Diminution du nombre relatif de forceps par rapport au nombre des accouchements.

2° Diminution du nombre relatif de forceps aux parties hautes et moyennes de l'excavation, tandis qu'augmente la proportion des forceps à la partie basse de l'excavation.

D'autre part, le nombre de forceps à la partie basse de l'excavation augmente relativement au nombre d'accouchements.

3° la transformation des indications : les indications « majeures », telles la disproportion fœto-pelvienne, la dystocie dynamique, s'estompent devant des indications « mineures », telles la fatigue maternelle, la lenteur d'expulsion, indications « humaines », pourrait-on dire, pour les opposer aux raisons « mécaniques ».

Ceci n'est pas pour nous surprendre : cela concorde avec ce que nous avons déjà constaté :

- une plus grande prudence, faisant choisir la voie haute *a priori*, quand des obstacles semblent difficiles à surmonter ;
- un cas à part : la dystocie dynamique, que l'on ne traite plus obstétricalement, mais médicalement ;
- un interventionisme accru, mais portant, pour les interventions de voie basse, sur des cas mineurs.

En un mot, c'est *l'abandon progressif du forceps difficile et le développement du forceps facile*.

Par voie de conséquence, les manœuvres étant choisies plus faciles, la mortalité fœtale diminue (globalement : 6,5 % en 1946 ; 5,1 % en 1958).

II. — LES VERSIONS PODALIQUES, LES GRANDES EXTRACTIONS DE SIÈGE ont été examinées avec les « présentations anormales ». Nous n'y reviendrons pas, d'autant plus que les conclusions sont absolument identiques à celles que nous écrivons quelques lignes plus haut.

1946	1958
Grandes extractions : 20, soit 13,8 des accouchements de siège	5, soit 7,5 %
Versions podaliques : 7, soit 66 % des présentations transverses	2, soit 30 %

III. — LES INTERVENTIONS DISPARUES

Nous parlons de :

— césariennes vaginales :	2 en 1946
	0 en 1958
— incisions du col :	23 en 1946
	0 en 1958
— symphysectomies :	1 en 1946
	0 en 1958

Dans le cas des incisions du col utérin, nul doute qu'après l'essai infructueux d'une perfusion hypophysaire on ait, en 1958, choisi la voie haute (24 cas en 1958) par défaut de dilatation.

De même, dans le cas des symphysectomies, dans les 2 observations de présentation du front observées en 1958, la voie haute fut choisie très tôt.

IV. — LES INTERVENTIONS SUR FŒTUS MORT

Il est extrêmement difficile d'établir des éléments comparatifs à ce sujet.

En effet : en 1958 :	1 embryotomie complexe ;
en 1946 :	10 embryotomies, soit :
	7 craniotripsie,
	1 basiotripsie,
	1 clepdotomie,
	1 embryotomie complexe.

Notons qu'une seule fois (Obs. 1946-801), la clepdotomie fut indiquée pour monstruosité (hydrocéphalie). Dans tous les autres cas, il s'agissait de fœtus morts pendant le travail, et les indications portaient sur des accidents tels que :

- rétention de tête dernière par contraction utérine (5 cas),
- imperméabilité pelvienne (2 cas),
- présentation du front (1 cas),
- dystocie des épaules : gros fœtus (1 cas),
- infection amniotique au cours d'une césarienne vaginale (1).

Il est indéniable que le recours plus fréquent, plus précoce (voire systématique) à la voie haute, que nous avons déjà constaté au cours de ce travail à propos des cas litigieux, n'est pas étranger à cette quasi-disparition des embryotomies.

Donc, pour l'ensemble des interventions de voie basse, on note :

- une nette diminution relative des plus difficiles, des plus hardies, auxquelles on préfère la voie haute ;
- une augmentation relative et parfois absolue des interventions faciles, en particulier en vue de soulager la souffrance maternelle en fin de travail ;
- une amélioration des résultats relatifs que l'on explique facilement par l'élimination consciente des difficultés obstétricales ;
- la quasi-disparition des embryotomies : c'est un corollaire de l'alinéa précédent.

En un mot, développement d'une attitude de prudence.

CHAPITRE IV

LES OPÉRATIONS CÉSARIENNES

Nous ne considérerons que les opérations césariennes par voie abdominale, le cas des « césariennes vaginales » ayant été examiné au cours du chapitre précédent.

I. — GÉNÉRALITÉS

En 1946 : 85 césariennes pour 2.594 accouchements, soit 3,2 %.

En 1958 : 74 césariennes pour 1.626 accouchements, soit 4,6 %.

Notons l'abandon total de la césarienne corporéale, dont il fut pratiqué 9 en 1946, et aucune en 1958.

II. — LES INDICATIONS

	1946 (85 césariennes)	1958 (74 césariennes)
Viciations pelviennes	44, soit 51,7 %	34, soit 45,9 %
Dystocies dynamiques ...	14, » 16,4 %	8, » 10,8 %
Injections placentaires basses	10, » 11,7 %	7, » 9,4 %
Rupture utérine	1, » 1,1 %	0
	69, soit 82,4 %	46, soit 74,3 %
Lésions utérines antérieu- res au travail	1, soit 1,1 %	4, soit 5,4 %
Présentations anormales ..	5, » 6,6 %	10, » 13,5 %
Souffrance fœtale	4, » 4,4 %	5, » 6,7 %
Antécédents d'enfants morts	0	2, » 2,7 %
	11, soit 12,1 %	21, soit 16,4 %
Hématome rétro-placent. .	0	2, soit 2,7 %
Kystes ovariens	1, soit 1,1 %	1, » 1,4 %
Tuberculose pulmonaire ..	2, » 2,2 %	0
Cardiopathie	2, » 2,2 %	0
Syndrome albuminurie et hypertension	0	4, » 5,4 %
	5, soit 5,5 %	7, soit 9,5 %

Nous n'avons tenu compte ici que de l'indication principale en cas d'indication complexe.

III. — LE MOMENT DE L'INTERVENTION

	1946 (85)	1958 (74)
Césariennes systématiques	35, soit 43,3 %	45, soit 60,8 %
— primitives	19, soit 21,1 %	34, soit 45,9 %
— itératives	19, soit 21,1 %	11, soit 14,8 %
Césariennes après épreuve de travail	49, soit 57,6 %	29, soit 39,1 %
— primitives	45, soit 52,9 %	23, soit 31,8 %
— itératives	4, soit 4,7 %	6, soit 8,1 %

IV. — LES RESULTATS

Il serait invraisemblable de donner des résultats globaux : nombre de césariennes ont été entreprises dans un but de sauvegarde maternelle uniquement. Nous les indiquons seulement à titre indicatif.

Ce n'est qu'aux résultats globaux composés que l'on pourra déceler si les changements d'attitude et de conceptions observés sont ou non favorables.

1946	1958
2 décès maternels	pas de décès

En résumé, on note :

- l'augmentation sensible (de l'ordre de 30 %) du nombre relatif d'opérations césariennes ;
- du point de vue des indications, nous avons fait un classement extrêmement arbitraire, en :
 - Indications classiques.
 - Indications de prudence.
 - Indications de sauvegarde maternelle.

Nous avons seulement voulu montrer la variation qui s'est manifestée dans l'esprit de l'intervention.

En 1946 : c'est l'impossibilité de l'expulsion qui indique la majorité immense des interventions.

En 1958 : cela est toujours vrai, mais dans une mesure nettement inférieure.

Augmentant largement le nombre d'interventions décidées par prudence, tant à l'égard de l'enfant que de sa mère, et les interventions visant à sauvegarder à tout prix la vie maternelle.

Du point de vue indications encore, notons que, si les viciations pelviennes tiennent relativement moins de place dans les indications de césariennes, les césariennes — nous l'avons vu au chapitre III : « Les complications de l'accouchement » — tiennent une place plus importante dans le mode de terminaison de la gestation des femmes atteintes d'angustie.

Deux cas particuliers :

Les dystocies dynamiques — nous l'avons déjà noté — sont, dans leur majorité, maintenant justiciables d'une intervention plutôt que d'un traitement médical.

Une indication de césarienne apparaît : la crainte d'une maladie hémolytique par incompatibilité de groupe, *in utero* (3 cas en 1958, « souffrances fœtales »).

Enfin, notons que la tendance évolue vers la césarienne systématique de prudence, abandonnant, dans nombre de cas limites, l'idée — et les risques incontestables — d'une épreuve de travail conduite dans des conditions discutables.

Donc, *prudence accrue* et, devant l'*innocuité de la césarienne*, aucune complication per ou post-opératoire grave en 1958, *recours facile à la voie haute*.

CHAPITRE V

LES RÉSULTATS, MATERNELS ET FŒTAUX

Nous étudierons ici :

- I. — La mortalité maternelle.
- II. — La mortinatalité.
- III. — La mortalité néo-natale.
- IV. — Résultats globaux.

I. — MORTALITÉ MATERNELLE

en 1946	en 1958
8 cas, soit 0,33 %	2 cas, soit 0,12 %
1 ictère grave	
1 éclampsie	
2 shocks hémorragiques	1 shock hémorragique
2 ruptures utérines	
2 septicémies puerpérales	
	1 méningite tuberculeuse

Donc, une baisse considérable du taux de mortalité globale (de l'ordre des 2/3).

Surtout, si nous analysons tant soit peu les causes de décès, nous notons :

- la disparition des décès par ruptures utérines ;
- la disparition des décès par septicémies survenues tous deux chez des femmes césarisées après épreuve de travail prolongée (12 h et 48 h) ; notons qu'en 1946 l'ère antibiotique était ouverte ;
- la disparition des décès par éclampsie (et nous avons noté plus haut la disparition de l'éclampsie convulsive).

Certes, dans tous ces cas, on ne doit pas négliger l'apport représenté par les traitements médicaux actuels : vasopresseurs, neuropléguques, antibiotiques, selon les cas.

Mais l'attitude de prudence qui semble devenir la règle n'est incontestablement pas étrangère à cette amélioration.

Notons, en particulier, qu'il fut pratiqué 4 césariennes pour syndrome albumine-hypertension, en 1958.

II. — LA MORTINATALITÉ

	1946	1958
Mortinatalité globale	99 cas soit 3,8 %	42 cas soit 2,5 %

Soit une baisse du taux de l'ordre de 1/3. (Il y a 2 mort-nés en 1958 là où il y en avait 3 en 1946.)

Ces chiffres, extrêmement parlants, démontrent que l'évolution de l'attitude de l'accoucheur — évolution qui, au cours des chapitres précédents, s'est avérée cohérente — n'est pas absolument dénuée de sens, ni de résultats.

III. — LA MORTALITÉ NÉO-NATALE

Ici, les chiffres seront beaucoup moins parlants, car il faut tenir compte de la présence du Centre de Prématurés, n'existant pas en 1946.

C'est donc à la fois une attitude obstétricale, mais aussi des méthodes médicales qui auront pu amener des modifications.

Nous donnerons les résultats sous forme de tableau résumé.

La classification est moins détaillée que celle qui a été donnée dans la première partie de ce travail (notamment au titre « Le Prématuré »). En effet, nous ne possédons pas pour 1946 la même nomenclature.

Résultats globaux

1946	1958
68 décès, soit 2,6 %	36 décès, soit 2,2 %

Poids	1946			1958		
	Nombre enfants	Décès	Mortalité	Nombre enfants	Décès	Mortalité
< 1.000 g	0	—	—	5	5	100 %
1.000 à 1.500 g	28	13	61,9 %	24	18	75 %
1.500 à 2.000 g	36	12	33,3 %	31	4	12,5 %
2.000 à 2.500 g	131	6	4,6 %	86	5	5,8 %
> 2.500 g	2.349	37	1,6 %	1.478	7	0,4 %

Nous observons que ces résultats sont fort décevants, notamment en ce qui concerne le prématuré : ainsi, certaines zones de poids sont en amélioration ; d'autres, au contraire, ont des mortalités aggravées.

Seule, la diminution globale de la mortalité néo-natale semble avoir quelque valeur, jointe au fait qu'il s'agit surtout d'une diminution de la mortalité des enfants à terme.

IV. — EN DÉFINITIVE

Entre 1946 et 1958, à la Clinique TARNIER :

- la mortalité maternelle est passée de 0,33 à 0,12 % ;
- la mortinatalité est tombée de 3,8 à 2,5 % ;
- la mortalité néo-natale est tombée de 2,6 à 2,2 %.

Ceci ne dénote pas une révolution. Mais c'est quand même une évolution assez satisfaisante.

CONCLUSIONS

La première partie de ce travail ne mérite pas grand commentaire ; tout au plus nous sommes-nous efforcé de décrire l'activité obstétricale de la Clinique TARNIER en 1958, espérant que cette statistique puisse être utile à l'auteur d'un travail plus scientifique.

La seconde partie consiste en la comparaison des chiffres obtenus en 1958 avec ceux de 1946, donnés par R. LEVY dans sa thèse (Paris, 1948).

Tout d'abord, nous avons constaté la diminution de l'activité de la Clinique TARNIER sur le plan obstétrical. Cette question nous dépasse, le problème paraissant *a priori* plus administratif et financier que médical.

Dans un premier chapitre, nous comparons les résultats obtenus en ce qui concerne les complications de la gestation, pour lesquelles nous possédons un nombre de cas suffisants au cours des deux années.

Nous constatons une grande amélioration en ce qui concerne le pronostic de la gestation au cours de la Tuberculose et de la Syphilis.

De même, nous concluons à une amélioration considérable en ce qui concerne le syndrome gravidique tardif :

- tant en ce qui concerne sa fréquence d'apparition
- que le pronostic vital des femmes qui en sont atteintes.

Mais le pronostic vital des fœtus reste grave, et, si l'importance du syndrome gravidique tardif a diminué en tant que cause de mortinatalité, c'est uniquement du fait de la raréfaction du syndrome. Raréfaction attribuée à une prophylaxie plus sévère, elle-même due à une éducation meilleure des parturientes.

Dans un second chapitre, nous étudions l'attitude de l'accoucheur devant les complications de l'accouchement.

Aussi bien devant les cas d'angustie pelvienne que devant des présentations anormales considérées comme dystociques, nous constatons un recours de plus en plus fréquent à la voie haute.

Par contre, les cas de dystocie dynamique résistent de moins en moins au traitement médical, et notamment à la perfusion intra-veineuse d'extraits post-hypophysaires.

Par voie de conséquence, nous constatons la quasi-disparition des ruptures utérines et des procidences.

Le chapitre III consiste en fait à examiner le même problème sous un autre angle : celui des interventions obstétricales de voie basse.

Aussi bien en ce qui concerne les forceps que les grandes extractions de sièges et les versions podaliques, nous constatons une régression progressive des manœuvres difficiles au profit de l'opération césarienne.

Par contre, en particulier en ce qui concerne les forceps, nous assistons au développement des indications des interventions faciles et bénignes.

Nous voyons disparaître certaines interventions, comme la Grande Incision du col et la Césarienne vaginale : leurs indications ont défunté devant la perfusion hypophysaire et la césarienne abdominale.

Le IV^e Chapitre — « Césariennes » — fait suite logiquement aux interventions obstétricales.

Ici, c'est au contraire à un accroissement que nous assistons, tant en ce qui concerne les indications classiques que d'autres, en particulier celles visant à préserver *préventivement* la vie du fœtus et de la mère. Ce sont surtout ces dernières indications qui s'accroissent.

De façon concomitante, on voit s'accroître le nombre relatif de césariennes systématiques avant le début de travail.

Enfin, le V^e chapitre peut à lui seul servir de conclusions à ce modeste travail.

Assistant à la fois à une diminution importante de

- la mortalité maternelle,
- la mortalité fœtale, tant mortinatalité que mortalité néonatale,

il semble permis de penser que, dans le cadre restreint de la Clinique TARNIER, l'attitude de prudence dont le développement a été souligné au cours de ce travail, jointe aux moyens dont nous disposons maintenant et à l'innocuité de l'opération césarienne, que cet ensemble, donc, ait donné d'assez heureux résultats.

Vu :
LE PRÉSIDENT,
signé : M. LACOMME.

Vu :
LE DOYEN,
signé : L. BINET.

Vu et Permis d'Imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS.
signé : JEAN SARRAILH.

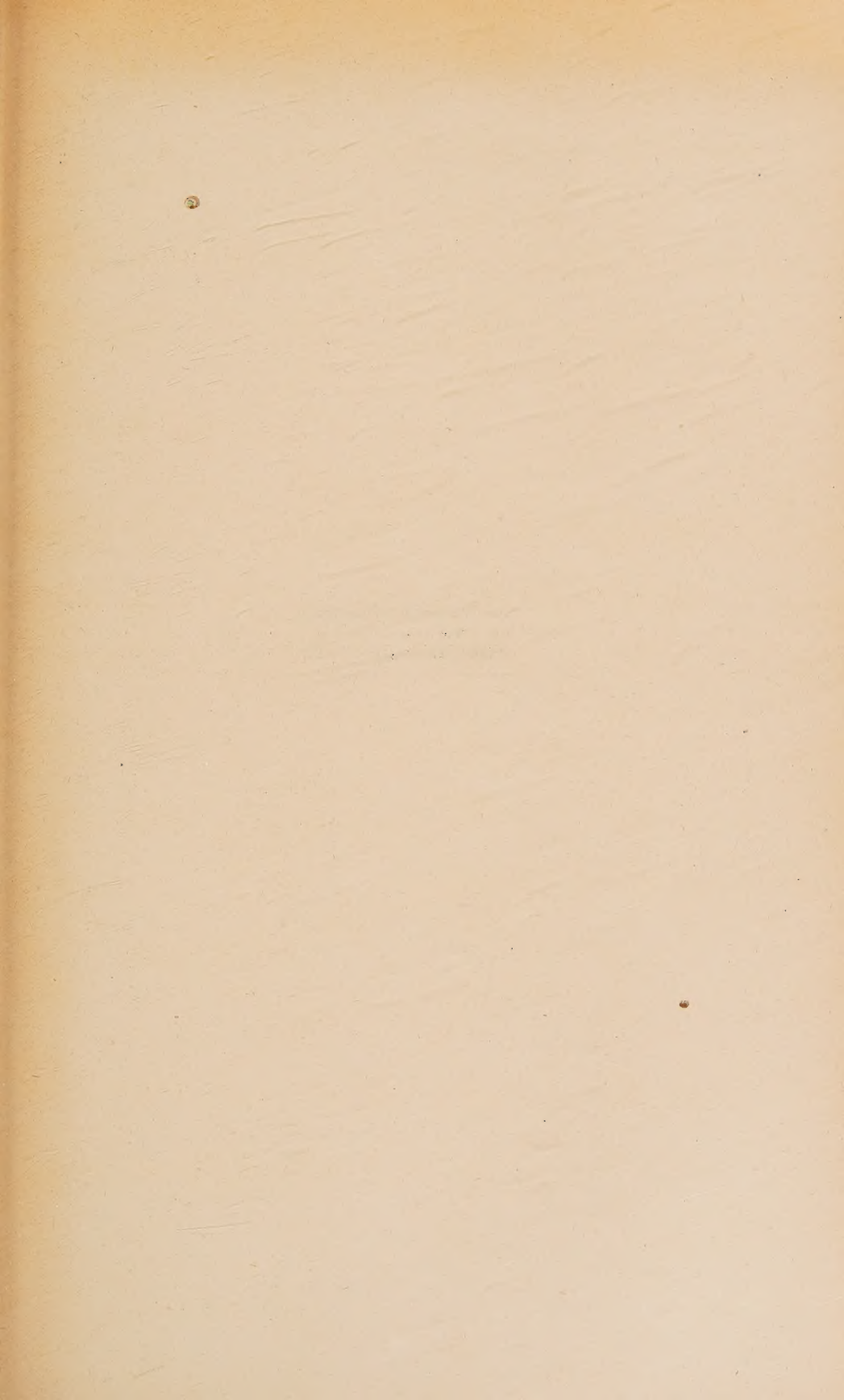
TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	11
 PREMIERE PARTIE 	
<i>Etude statistique de l'activité obstétricale de la Clinique Tarnier au cours de l'année 1958.</i>	
Généralités	15
CHAPITRE PRÉLIMINAIRE : Les Consultations	17
CHAPITRE I ^{er} . — Les avortements	21
CHAPITRE II. — Les présentations	25
CHAPITRE III. — Les gemellaires	31
CHAPITRE IV. — Les complications de la gestation	35
CHAPITRE V. — Les complications de l'accouchement	45
CHAPITRE VI. — Les complications de la délivrance	49
CHAPITRE VII. — Les interventions	51
CHAPITRE VIII. — Les opérations césariennes	59
CHAPITRE IX. — Les suites de couches, leurs complications.	71
CHAPITRE X. — Le nouveau-né	73
CHAPITRE XI. — La mortalité maternelle	83
APPENDICE I. — Le centre des prématurés	87
APPENDICE II. — L'activité chirurgicale	88

DEUXIEME PARTIE

*Etude comparative de l'activité obstétricale de la Clinique
Tarnier, en 1946 et en 1958.*

Généralités	91
CHAPITRE I ^{er} . — Les complications de la grossesse	95
CHAPITRE II. — Les complications de l'accouchement	97
CHAPITRE III. — Les interventions obstétricales à voie basse.	101
CHAPITRE IV. — Les opérations césariennes	105
CHAPITRE V. — Les résultats, maternels et fœtaux	109
CONCLUSIONS	113



Les Impressions Scientifiques
8 et 7, Rue de la Barre, 6 et 7
CORBEIL-ESSONNES (S.-et-O.)
